

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI	Pag. 2
CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pag. 7
OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE ALLE VICENDE DEL RISCHIO E DELLA POLIZZA.....	Pag. 10
SEZIONE INFORTUNI.....	Pag. 11
SEZIONE CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V., EPATITE B o C	Pag. 29
SEZIONE ASSISTENZA.....	Pag. 31
SEZIONE RCT/O	Pag. 36
SEZIONE TUTELA LEGALE.....	Pag. 44
SEZIONE KASKO REVISORI DEI CONTI.....	Pag. 54
SEZIONE FURTO BAGAGLIO – ANNULLAMENTO GITE.....	Pag. 56
SEZIONE INDENNITARIA COVID-19	Pag. 59
COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO	Pag. 63
DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE	Pag. 63
APPENDICE 1 – NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO.....	Pag. 64

DEFINIZIONI

I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in *corsivo*.

APPALTATORE

La persona o l'Impresa cui l'Assicurato cede direttamente l'esecuzione di parte dei lavori o ne autorizza l'esecuzione.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE

Il contratto di *assicurazione*.

ASSISTENZA

Aiuto immediato, in denaro o in natura, fornito all'*Assicurato* che si trovi in una situazione di difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

BENEFICIARI

Le persone (o la persona) designate in *polizza* a riscuotere l'*indennizzo*. In assenza di designazione specifica i *beneficiari* saranno gli eredi legittimi o testamentari.

BLUE ASSISTANCE S.p.A.

Società di servizi, facente parte del Gruppo Reale Mutua, che gestisce il servizio di *assistenza* agli *Assicurati* ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con i centri odontoiatrici che ha convenzionato.

CARTELLA CLINICA

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CASO ASSICURATIVO

Il *sinistro*, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'*assicurazione*. Si considera unico *caso assicurativo* il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

CENTRALE OPERATIVA

Componente della struttura organizzativa di *Blue Assistance S.p.A.* La Centrale Operativa organizza ed eroga le prestazioni ed i servizi di *assistenza* previsti in *polizza*.

CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

Le strutture odontoiatriche ed i medici/odontoiatri presso i quali l'*Assicurato*, può fruire delle prestazioni mediche previste dalla *polizza*, rese necessarie dal Suo stato di salute.

CONTAGIO

L'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche, obiettivamente constatabili che indicano una infezione da H.I.V., d'epatite B o C.

CONTRAENTE (SOCIO)

Chi stipula l'*assicurazione*.

COSE

Sia gli oggetti materiali sia gli animali ed i veicoli, intendendosi per questi ultimi, quelli indicati all'art. 47 del Codice della Strada.

DAY HOSPITAL

Struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti, con redazione di cartella clinica.

DIARIA

La somma assicurata per ogni giorno di *inabilità temporanea*.

FRANCHIGIA

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'*Assicurato*.

INDENNIZZO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte dell'*Assicurato*, oppure una *invalidità permanente* o una *inabilità temporanea*.

INABILITÀ TEMPORANEA

Temporanea incapacità fisica dell'*Assicurato* ad attendere alle attività dichiarate in *polizza*.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'*Assicurato* a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

INTERVENTO CHIRURGICO

Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre cruenta, manuali o strumentali.

ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Obbligo di isolamento derivante delle prescrizioni impartite dai sanitari e con attuazione delle disposizioni in esse contenute a seguito di positività al COVID-19 (Coronavirus).

LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI

Condizioni necessarie per poter attivare la garanzia odontoiatrica.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza al momento della stipulazione della *polizza* e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo; a titolo esemplificativo e non esaustivo si intendono *malattie improvvise*:

- ◆ appendicite acuta ed ernie strozzate;
- ◆ meningite, peritonite, pleurite (tutte tre in forma acuta e non tubercolare);
- ◆ pneumonite acuta;
- ◆ broncopolmonite;
- ◆ febbri tifoidee, paratifoidee da accertarsi con sierodiagnosi;
- ◆ morbillo, rosolia, scarlattina, erisipela, varicella, vaiolo, insolazione, carbonchio, tetano, idrofobia o rabbia, parotite epidemica, peste bubbonica, colera asiatico, difterite, encefalite letargica.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza* (o dell'ingresso in garanzia).

MALORE

Stato di malessere fisico, specialmente se improvviso od inatteso, senza causa apparente o per causa non chiaramente accertata.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua presta la garanzia.

MODULO DI POLIZZA

Documento che personalizza la *polizza* poiché riporta i dati anagrafici del *Contraente* e quelli necessari alla gestione del contratto, il *premio*, le dichiarazioni del *Contraente*, i dati identificativi del *rischio* assicurato, la sottoscrizione delle *Parti*.

NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

Elenco delle prestazioni assicurate, con i relativi vincoli e limiti di *indennizzo*.

PARTI

Il *Contraente* e Reale Mutua.

PIANO DI CURE

Il documento nel quale il Centro Odontoiatrico convenzionato descrive nel dettaglio il ciclo di cure di cui l'*Assicurato* necessita.

POLIZZA

I documenti che provano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO

La somma dovuta dal *Contraente* a Reale Mutua.

PROTEZIONE LEGALE

L'*assicurazione* Tutela Giudiziaria ai sensi del D.Lgs. 175/95 - artt. 44 e seguenti.

RELITTO

Veicolo danneggiato le cui spese di riparazione e ripristino superano complessivamente il *valore commerciale* del veicolo al momento del *sinistro*.

RICOVERO

Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento.

RISARCIMENTO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il *sinistro*.

SCOPERTO

La parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE

Il servizio www.mynet.blue consente all'Assicurato di accedere a tariffe scontate presso le strutture sanitarie convenzionate con Blue Assistance.

Tale servizio sarà fruibile grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN).

Per fruire del servizio occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue/realescuola per ricevere il codice PIN da utilizzare per l'accesso, seguendo le istruzioni presenti direttamente sul sito alla voce "guida alla navigazione".

SINISTRO

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

SOCIETÀ

La Società Reale Mutua di Assicurazioni, di seguito definita Reale Mutua.

STRUTTURA SANITARIA

Luoghi di cura, poliambulatori medici, centri diagnostici autorizzati.

Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Poliambulatorio medico, centro diagnostico autorizzato.

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, fisioterapiche e riabilitative, case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri benessere.

VALORE COMMERCIALE

A Per le autovetture ad uso privato quotate dalla rivista "Quattroruote", il valore di listino "Automobili Usate" riportato dalla rivista medesima;

B per gli altri veicoli il valore del bene in comune commercio.

VEICOLO

Il *veicolo* assicurato a motore, o il rimorchio, descritto in *polizza*, comprensivo degli accessori di normale uso, incorporati o fissi, forniti dalla casa costruttrice, anche in via opzionale ad eccezione

delle apparecchiature audiofonovisive. Queste ultime si considerano parte integrante del *veicolo* solo se fornite di serie dalla casa costruttrice ed incorporate al *veicolo*. Gli accessori, le attrezzature e gli allestimenti forniti da un ente diverso dalla casa costruttrice, come pure le apparecchiature audiofonovisive non fornite di serie o comunque non incorporate, possono considerarsi parte del *veicolo* solo mediante apposita pattuizione e sempreché stabilmente installate.

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato*

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL *RISCHIO*

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* (o dell'*Assicurato*) relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del *rischio*, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*assicurazione* come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

1.2 BUONA FEDE

L'omissione da parte dell'*Assicurato* di una circostanza eventualmente aggravante il *rischio*, così come le inesatte o incomplete dichiarazioni dell'*Assicurato* all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al *risarcimento* dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave, fermo restando il diritto di Reale Mutua, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un *premio* maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del *premio* con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti si siano verificate o, in caso di *sinistro*, conguaglio del *premio* per l'intera annualità in corso).

1.3 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente *assicurazione* è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla *polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

1.4 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* deve comunicare per iscritto a Reale Mutua, entro 30 giorni dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre *assicurazioni* per lo stesso *rischio*.

Reale Mutua, entro 60 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'*assicurazione* con preavviso di almeno 30 giorni. Se il *Contraente* dolosamente omette di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre *assicurazioni*, il diritto all'*indennizzo* decade.

In caso di *sinistro* il *Contraente* (o l'*Assicurato*) deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Qualora gli *Assicurati* usufruiscano di coperture assicurative prestate da contratti stipulati in proprio presso altre Società di Assicurazioni per il rimborso delle spese di cura a seguito di *infortunio*, la garanzia di cui alla presente *polizza* vale per le **spese o per l'eccedenza delle spese non rimborsabili dalle predette Società.**

1.5 AGGRAVAMENTO DI *RISCHIO*, CON RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ SVOLTA ED ALLE RELATIVE CONDIZIONI DI ESERCIZIO

Il *Contraente* deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del *rischio*, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali

dichiarate o delle relative condizioni di esercizio, ovvero con riferimento alla delimitazione del *rischio* assicurato.

La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare - come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile - la perdita totale o parziale del diritto all'*indennizzo*; tale perdita è determinata con riferimento alle voci della Tariffa adottata da Reale Mutua al momento del *sinistro*.

1.6 VARIAZIONE DEL *RISCHIO*

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il *rischio*, il *Contraente* deve darne immediata comunicazione scritta a Reale Mutua e valgono le disposizioni degli artt. 1897 e 1898 C.C..

1.7 DIMINUZIONE DEL *RISCHIO*

In caso di diminuzione del *rischio* Reale Mutua è tenuta a ridurre il *premio* o le rate di *premio* scadenti successivamente alla comunicazione, come previsto dall'art. 1897 del Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

1.8 PAGAMENTO DEL *PREMIO* E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *polizza* se il *premio* o la rata di *premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

I *premi* devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* oppure alla Sede di Reale Mutua.

Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successivi, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 150° giorno dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto di Reale Mutua al pagamento dei *premi* scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice Civile.

1.9 DURATA DEL CONTRATTO

La *polizza* ha la durata indicata sul frontespizio di *polizza* e non è rinnovabile tacitamente.

Eventuali sinistri occorsi dopo la scadenza sopraindicata, ed entro il sessantesimo giorno dalla stessa, verranno presi in carico dalla *Società* con riserva e saranno considerati in garanzia, alle condizioni del presente contratto, solo esclusivamente in caso di perfezionamento, senza soluzione di continuità, di un nuovo contratto annuale per le medesime garanzie.

La presente estensione di garanzia perde di efficacia dalle ore 24,00 del giorno di perfezionamento del nuovo contratto.

1.10 RECESSO DAL CONTRATTO

Al termine di ogni annualità assicurativa, il *Contraente* e la Reale Mutua hanno facoltà di recedere dall'*assicurazione* con preavviso di almeno 30 giorni.

La riscossione dei *premi* venuti a scadenza dopo la disdetta del contratto o qualunque altro atto di Reale Mutua non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

1.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.12 ONERI FISCALI

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

1.13 PERSONE SOGGETTE ALL'ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA

La presente *polizza* si intende espressamente stipulata in aumento all'assicurazione di legge contro gli *infortuni* sul lavoro, anche se l'obbligo a detta *assicurazione* sopravviene in corso di contratto.

1.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.15 DOCUMENTAZIONE PRE-CONTRATTUALE

Ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Isvap n. 5/2006, modificato dal Provvedimento Isvap n. 2720 del 2 luglio 2009, il *Contraente* prende atto dell'obbligo su di essa gravante e, di conseguenza, si impegna a consegnare agli aderenti alla *polizza* collettiva, all'atto dell'adesione alle coperture assicurative di cui alla menzionata *polizza*, la documentazione espressamente prevista dall'art. 49, comma 2, lettera b, del citato Regolamento.

1.16 TRACCIABILITÀ' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136, e successive modifiche.

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo della Provincia a cui appartiene l'Ente appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

OBBLIGHI A CARICO DEL CONTRAENTE IN RELAZIONE ALLE VICENDE DEL RISCHIO E DELLA POLIZZA

Oltre agli obblighi stabiliti ai punti 1.1 - (Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del *rischio*), 1.4 - (Altre *assicurazioni*), 1.5 - (Aggravamento di *rischio*, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio), 1.7 - (Diminuzione del *rischio*), 1.8 - (Pagamento del *premio* e decorrenza della garanzia), nonché al punto 2.10 (Denuncia dell'*infortunio* - Obblighi in caso di *sinistro*) il **Contraente** è tenuto ai seguenti adempimenti.

1.17 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni relative al contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telefax, telex, posta elettronica e posta elettronica certificata PEC.

1.18 VARIAZIONI NELLE PERSONE ASSICURATE

L'*assicurazione* vale per le persone designate in *polizza* ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in base al quale fu fatta l'*assicurazione*.

1.19 VARIAZIONI NELLA FIGURA DEL CONTRAENTE

Nei casi di trasformazione, cambiamento di denominazione o di ragione sociale del Contraente, la *polizza* continua con la *Società* nella nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto a Reale Mutua dal **Contraente**, suoi eredi o aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi; Reale Mutua nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di trenta giorni.

SEZIONE INFORTUNI CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

2.0 CHI ASSICURIAMO

Reale Mutua assicura contro gli *infortuni* gli allievi regolarmente iscritti presso l'Istituto Scolastico *Contraente* e il personale docente e non docente che aderisce. Possono altresì aderire alla *polizza* il personale esterno del quale la Scuola si avvale ed i frequentanti i corsi post-diploma e IFTS realizzati dagli Istituti Superiori.

La garanzia è prestata a titolo gratuito, con esclusione di quanto previsto al punto 2.2 lett. b):

- al personale in genere (compresi i volontari e gli esterni dei quali la Scuola si avvale), ai familiari degli allievi e del personale (autorizzati dall'Istituto) ed agli obiettori di coscienza (su indicazione degli Enti locali) che accompagnano gli allievi in viaggi, visite e gite di istruzione;
- ai familiari che prestano la loro opera negli organismi di gestione;
- ai volontari che, previa autorizzazione/incarico della Direzione o della Presidenza e/o del Consiglio di Circolo o del Consiglio di Istituto, partecipano direttamente ad attività realizzate dalla Scuola, compresi gli interventi di piccola manutenzione e di giardinaggio;
- al personale in quiescenza che svolge attività all'interno della Scuola secondo quanto stabilito dalla C.M. n.127 del 14.4.1994;
- agli allievi "uditori" e gli alunni in "passerella";
- agli iscritti ai corsi di alfabetizzazione, (quali ad esempio "Italiano parliamone"), di orientamento professionale ed approfondimento culturale per adulti realizzati autonomamente dall'Istituto Scolastico *Contraente* e pertanto non garantiti da specifica copertura stipulata dalle Direzione dei CTP e dei CPIA;
- agli allievi durante la loro permanenza nei locali scolastici e pertinenze in occasione delle riunioni dei genitori con il personale docente;
- a tutti i supplenti temporanei, ed a tutti i singoli che, in forza di uno specifico contratto, concorrono all'attività didattica;
- al personale scolastico titolare di incarico annuale nominato successivamente al 31 dicembre relativo a ciascun anno scolastico;
- ai tirocinanti che, in forza di convezioni con singole Facoltà universitarie o altri Enti Italiani ed Esteri, svolgono attività all'interno della scuola;
- ai revisori dei conti durante la loro presenza nell'Istituto e nel tragitto dalla loro sede di servizio all'Istituto e viceversa;
- agli alunni esterni ed ex allievi autorizzati dall'Istituto a partecipare ad attività dallo stesso realizzate;
- ai componenti la Commissione di Esame nell'espletamento, all'interno dell'Istituto, delle loro mansioni;
- agli Assistenti di lingua straniera assegnati dal M.I.U.R.;
- ai prestatori di lavoro socialmente utili per lavori di pubblica utilità;
- agli allievi diplomati che partecipano a stage e ad altre attività previste per il completamento dell'attività curriculare o che frequentano "Tirocini formativi e di

orientamento" nell'ambito dei programmi di inserimento e orientamento nel mondo del lavoro (Legge 196 del 24/06/97, regolamento 142 del 25/3/98 e DGR n.74-5911 del 3/6/2013.

2.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli allievi iscritti.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti obbligatoriamente dalla Direzione dell'Istituto Scolastico, la quale si impegna ad esibirli in qualsiasi momento, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla *Società* di svolgere accertamenti e controlli. Relativamente al personale, qualora non si assicuri la totalità, si farà riferimento all'elenco nominativo di coloro che hanno aderito all'*assicurazione*; detto elenco farà parte integrante del contratto.

Qualora nel corso dell'anno scolastico si aggiungano altri *Assicurati*, il *Contraente* comunica all'Agenzia a mezzo Raccomandata o Telefax, l'elenco nominativo delle persone da inserire in garanzia. La garanzia sarà operante a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stata effettuata la comunicazione.

Il *premio* della sezione infortuni viene fissato inizialmente su un numero provvisorio di *Assicurati*. Successivamente l'Agenzia provvederà ad emettere apposita appendice in base alle variazioni pervenute per la regolarizzazione amministrativa ed il relativo pagamento. Relativamente agli allievi non si effettueranno conguagli in caso di variazione inferiore al 10%.

Per quanto riguarda il personale che opera in più sedi o Istituti, e che ha aderito alla copertura infortuni, si precisa che la garanzia è operante in tutta l'attività compresi i necessari spostamenti tra una sede e l'altra.

Gli *Assicurati* che, nel corso dell'anno scolastico, si trasferiscono ad altri Istituti sono garantiti, con la presente copertura, anche nella nuova sede.

Il *Contraente* può rilasciare all'interessato una dichiarazione in merito; eventuali infortuni devono essere denunciati a Reale Mutua per il tramite del *Contraente* con le informazioni del caso.

Si intendono assicurati i docenti e non docenti già in garanzia nell'anno scolastico precedente con le polizze surrogate o sostituite dalla presente, ed il personale inserito per la prima volta nell'organico dell'Istituto (compresi i supplenti annuali), dall'inizio dell'anno scolastico ovvero dall'entrata in servizio nell'Istituto. Detta garanzia è prestata per un periodo di 120 giorni, dalla decorrenza della presente copertura, a condizione che sia confermata l'adesione; in caso contrario la garanzia non ha valore.

2.2 RISCHI ASSICURATI

L'*assicurazione* vale per gli infortuni che:

- a) possono verificarsi nel corso di tutte le attività realizzate dalla scuola in conformità alla vigente normativa sia all'interno sia all'esterno, compresi i relativi trasferimenti. (a titolo esemplificativo, uscite, visite, viaggi e gite d'istruzione, scambi culturali in genere, l'attività di prescuola e doposcuola e di refezione, i progetti Pedibus e Bicibus, attività ginniche e di avviamento alla pratica sportiva, stages e tirocini presso aziende anche nel periodo estivo, esercitazioni di sfollamento).
- b) avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto abituale dall'abitazione dell'*Assicurato* alla Scuola e viceversa. L'*assicurazione* vale anche per

gli *infortuni* verificatisi durante la sosta nei locali scolastici e loro pertinenze in occasione dell'ingresso e dell'uscita.

Si precisa che per Scuola si intende la sede dell'attività (ad esempio piscina o palestra decentrata o sede dello stage) ovvero, nel caso di gite e viaggi, il luogo di ritrovo ufficiale stabilito dalla Scuola (ad esempio la Stazione Ferroviaria).

A Rischi a terra

L'assicurazione vale per gli *infortuni* subiti dall'*Assicurato*, anche se derivanti da:

- 1 imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 2 atti di terrorismo o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- 3 atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa.

Inoltre l'assicurazione comprende:

- 4 gli *infortuni* sofferti in stato di *malore* o incoscienza;
- 5 l'asfissia non dipendente da *malattia*;
- 6 l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- 7 l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione; i colpi di sole o di calore o di freddo;
- 8 le conseguenze (**con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari**) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali.

B Rischi sportivi

- 1 La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico, **salvo quanto precisato al punto 2** che segue. **L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante:**

a **la pratica di alpinismo o sci-alpinismo** (oltre il 3° grado della "scala di Monaco") senza accompagnamento di guida o portatore patentati, **atletica pesante, arti marziali, lotta** nelle varie forme, **pugilato, equitazione, canoa** nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, **immersioni subacquee** con autorespiratore (compresi i casi di embolia), **guidoslitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiacciaio** fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentati, **speleologia**;

b **la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, pentathlon moderno, rugby, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.**

- 2 La garanzia **non vale comunque per gli infortuni** derivanti da:

- **pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
- **pratica a titolo professionistico di sports in genere;**
- **partecipazione a gare e relative prove con veicoli o natanti a motore** (mentre è compresa in garanzia la partecipazione a gare di regolarità pura);

- **partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine; regate oceaniche, sci estremo).**

Se l'attività sportiva è espressamente pattuita nel *modulo di polizza* i relativi *rischi* sono compresi in garanzia senza limitazioni, **salvo le franchigie**.

C Rischi di volo

(La garanzia di cui al presente articolo **non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno**).

L'*assicurazione* comprende gli *infortuni* che l'*Assicurato* subisca durante l'uso, **soltanto in qualità di passeggero**, di aeromobili; **sono comunque esclusi i voli su altri mezzi di locomozione aerea (deltaplani, ultraleggeri, parapendio e simili), nonché su aeromobili eserciti da Aero Clubs e da Società o Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri.**

L'*assicurazione* vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, **purché non conseguenti a guerra (anche non dichiarata) o insurrezioni**, fatto salvo quanto previsto al punto 2.2.D.

L'*assicurazione* vale per casi e somme uguali a quelli assicurati con la presente sezione e per i *rischi* da essa previsti.

In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con Reale Mutua, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di € 7.100.000.

Qualora i capitali complessivamente garantiti eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con imputazione proporzionale sui singoli contratti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione; a tal fine si dà atto che il premio relativo alla presente estensione di garanzia è pari al 2% del totale premio imponibile infortuni.

D Rischio Guerra

(La garanzia di cui al presente articolo **non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno**).

L'*assicurazione* vale per gli *infortuni* derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.**

E Didattica a distanza/Lavoro agile/Smart working

Si prende atto fra le parti che, limitatamente alle **sezioni Infortuni, RCT/O e Tutela Legale**:

- 1) l'*assicurazione* è valida anche nel caso in cui l'attività scolastica sia svolta secondo le modalità previste dalla *didattica a distanza*, **a condizione che:**
 - a) **i sinistri si verifichino durante l'orario di lavoro per il personale o durante l'orario di lezione per gli studenti;**
 - b) **siano rispettate le norme in materia di sicurezza previste per la didattica a distanza.**

- 2) l'assicurazione è altresì operante in caso di svolgimento dell'attività in modalità "lavoro agile" o "smart working" da parte del personale docente e non docente che ha aderito alla polizza, a condizione che:
- i sinistri si verifichino durante l'orario di lavoro;
 - siano rispettate le norme in materia di sicurezza previste per il "lavoro agile" o "smart working".

Per l'individuazione delle giornate di *didattica a distanza o lavoro agile o smartworking*, si richiede alla *Contraente* di tenere un elenco aggiornato che sarà di riferimento ai fini dell'operatività della garanzia.

L'Assicurato dovrà svolgere l'attività in ambienti adeguati alla sicurezza personale e non dovrà effettuare attività che possano in alcun modo configurarsi come pericolose ovvero che possano compromettere il corretto svolgimento della prestazione lavorativa o della *didattica a distanza*.

Limitatamente agli *infortuni* occorsi agli *Assicurati* nelle giornate di *didattica a distanza o lavoro agile*, l'apertura del sinistro dovrà essere effettuata entro le 72 ore successive all'evento; la denuncia dell'*infortunio* dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica nei termini prescritti dall'Art. 2.10 delle Condizioni di Assicurazione.

La *Società* si riserva il diritto di verificare se l'attività svolta dall'assicurato al momento dell'evento infortunistico sia comunque connessa con quella lavorativa o con la *didattica a distanza*, in quanto necessitata e funzionale alla stessa.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

2.3 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli *infortuni* derivanti da:

- guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei e di aeromobili, salvo quanto previsto al punto 2.2.D;
- guerra ed insurrezioni in genere, salvo quanto previsto al punto 2.2.D;
- stato di ubriachezza; uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
- operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da *infortunio*;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Sono comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche.

Il *Contraente* ha tuttavia facoltà di chiedere la temporanea sospensione dell'assicurazione fino al termine del servizio medesimo, con l'impegno di riattivare e di prorogare il contratto di un corrispondente periodo. La sospensione non può avere effetto antecedente le ore 24 del giorno della richiesta.

2.4 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate; o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del *premio*).

Per le persone di età compresa tra i 76 e gli 85 anni l'indennizzo della presente Sezione, con riferimento a tutte le garanzie assicurate, è **riconosciuto nella misura del 50% fatto salvo per la garanzia D - Rimborso spese di cura, la quale opera integralmente.**

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Si precisa che la copertura è operante per gli allievi portatori di handicap fisici e psichici, menomazioni o difetti fisici; restano espressamente riconfermati i criteri di cui all'art. 2.10.

2.5 PERSONE ASSICURATE CON PATTO SPECIALE – ESONERO DENUNCIA INFERMITA' DIFETTI FISICI

Le persone colpite da apoplezia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, sono comunque assicurabili fermi i criteri di indennizzabilità fissati all'art. 2.11.

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. Resta quindi confermato che tutte le garanzie della Sezione Infortuni operano esclusivamente per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio denunciato fermi i criteri di indennizzabilità fissati all'art. 2.11.

2.6 LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO CUMULATIVO

In caso di *sinistro* che colpisca contemporaneamente più *Assicurati* con la presente sezione, l'esborso a carico di Reale Mutua non potrà superare complessivamente € 15.000.000,00, intendendosi proporzionalmente ridotto l'*indennizzo* per ciascun *Assicurato* qualora le somme liquidabili a termini di *polizza* eccedano detto importo.

2.7 CUMULO DI INDENNIZZI

Qualora l'*infortunio* sia accaduto a seguito di incidente derivante da circolazione stradale, ferroviaria ed aerea, e l'infortunato abbia ottenuto un *risarcimento* per la Responsabilità Civile di Terzi, l'*indennizzo* della presente sezione, con riferimento a tutte le garanzie assicurate, è riconosciuto nella misura del 50%.

2.8 EVENTI CATASTROFICI

L'*assicurazione* vale per gli infortuni causati da **terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe, uragani**, ma per la metà delle somme indicate in contratto e per un **massimo** comunque di € 300.000,00 per persona per ciascun caso di morte ed **invalidità permanente totale**. Inoltre, se più *Assicurati* con la presente *polizza* fossero coinvolti in un medesimo evento, l'**esborso massimo di Reale Mutua** non potrà superare l'**importo di € 7.100.000,00**; se gli indennizzi spettanti complessivamente eccedessero tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti. Gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, trombe d'aria, uragani, verificatisi fuori dai confini degli stati

d'Italia, di San Marino, del Vaticano, sono indennizzati senza tener conto dei limiti sopra indicati.

2.9 CASI ASSICURABILI

A Morte

L'assicurazione per ogni Assicurato è prestata per € 250.000,00 in caso di Morte.

Se l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'*infortunio* e in conseguenza di questo, Reale Mutua liquida la somma assicurata ai *beneficiari*.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello di *invalidità permanente*; tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo* per *invalidità permanente*, ma entro due anni dal giorno dell'*infortunio* ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, Reale Mutua corrisponde ai *beneficiari* la differenza fra l'*indennizzo* pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Qualora a seguito dell'*infortunio* la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, Reale Mutua liquida ai *beneficiari* il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che Reale Mutua ha pagato l'*indennizzo*, risulta che l'Assicurato è vivo, quest'ultima avrà diritto - entro 15 giorni dalla richiesta - alla restituzione da parte dei *beneficiari* della somma loro pagata.

L'Assicurato avrà così diritto all'*indennizzo* derivante ai sensi di *polizza* per altri casi eventualmente assicurati.

B *Invalidità permanente*

L'assicurazione per ogni Assicurato è prestata per € 300.000,00 in caso di *Invalidità Permanente*.

L'*indennizzo* per il caso di *invalidità permanente* è dovuto **se l'*invalidità* stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'*infortunio*.**

1 Valutazione del grado di *invalidità*

Il grado di *invalidità* è accertato facendo riferimento alla TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE allegata alla presente sezione di *polizza* (all. 1 del DPR 30/06/1965 in vigore al 31/12/1999)

2 Liquidazione dell'*indennizzo*

L'*indennizzo* per *invalidità permanente* per tutte le persone indicate al punto 2.0 - Chi assicuriamo **con età fino a 75 anni**, è determinato dalla percentuale di *invalidità* accertata (ved. Tab. allegata) e la liquidazione sarà effettuata secondo i seguenti criteri:

- **€ 500,00 per ogni punto di *invalidità* accertata compresa tra 1% e 5%**
- **€ 1.000,00 per ogni punto di *invalidità* accertata compresa tra 6% e 10%**
- **€ 2.000,00 per ogni punto di *invalidità* accertata compresa tra 11% e 45%**

Resta inteso che se l'***Invalidità Permanente*** accertata è pari o superiore al 45% verrà corrisposto l'intero capitale di **€ 300.000,00**.

Resta inoltre inteso che se l'***Invalidità Permanente*** accertata è pari o superiore al **75%** e l'alunno è orfano di genitore, Reale Mutua riconoscerà un capitale aggiuntivo pari a **€ 100.000,00**.

Il diritto all'*indennizzo* per *invalidità permanente* è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a *beneficiari*, eredi o aventi causa.

Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite – prima che l'*indennizzo* sia stato pagato, Reale Mutua liquida ai *beneficiari* l'importo già concordato, ovvero offerto, ovvero – se oggettivamente determinabile – offribile all'*Assicurato*, in base alle condizioni di *polizza*.

C **Inabilità Temporanea**

In caso di *inabilità temporanea* sono assicurabili, alternativamente o in modo cumulativo (salve le precisazioni successive) le seguenti prestazioni:

1 **Indennizzo forfettario per apparecchio gessato**

Qualora l'*infortunio* comporti applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, resi necessari da fratture osteoarticolari radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose articolari clinicamente diagnosticate in ambiente ospedaliero o da medico ortopedico, Reale Mutua **riconoscerà un indennizzo forfettario di € 300,00.**

La garanzia non è operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione contusione del rachide cervicale.

2 **Diaria per ricovero in struttura sanitaria**

In caso di *ricovero* reso necessario dall'*infortunio*, Reale Mutua corrisponde la *diaria* assicurata pari **€ 100,00** per ogni pernottamento **fino al massimo di 365 pernottamenti per ogni infortunio.**

La *diaria* è erogata anche in caso di permanenza in day-hospital.

D **Rimborso spese di cura**

Per la cura delle lesioni causate da *infortunio* indennizzabile a termini di *polizza*, Reale Mutua rimborsa - **fino alla concorrenza di € 100.000,00** - le spese effettivamente sostenute:

1 in caso di *ricovero* o *intervento chirurgico* in *day hospital*, durante la degenza in *struttura sanitaria* per onorari dei medici, cure mediche, esami, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento - comprese le endoprotesi – trattamenti riabilitativi, rette di degenza.

2 relativamente alle prestazioni sanitarie extra-*ricovero*:

- per accertamenti diagnostici,
- onorari dei medici,
- interventi chirurgici ambulatoriali e cure mediche,
- trattamenti riabilitativi,
- noleggio di apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche rese necessarie da *infortunio*, purché questo sia provato dal referto di Pronto Soccorso Pubblico presentato entro dieci giorni dalla data dell'*infortunio*;
- per trasporto dell'*Assicurato* al luogo di cura o di soccorso o da un *struttura sanitaria* all'altro con mezzi adeguati alla gravità delle condizioni dell'infortunato, nel limite di **€ 520,00** elevato ad **€ 2.600,00** in caso di utilizzo di un'eliambulanza.

L'*Assicurato* può usufruire, senza anticipo di denaro, della **Convenzione con la Società Cooperativa Radio Taxi 5730**, in caso di *infortunio* o di *malore*, per il trasporto dell'infortunato dalla scuola ad una struttura

ospedaliera o alla propria abitazione, e dalla struttura ospedaliera alla Scuola o alla propria abitazione.

Qualora l'infortunato venga trattenuto presso la struttura o rientri alla propria abitazione con mezzi propri, il servizio potrà essere utilizzato dall'accompagnatore per il rientro a scuola.

Chiamando la *Centrale operativa*, al numero 011/5730, dovrà fornire i dati richiesti e seguire le istruzioni operative.

3 per la sostituzione e/o riparazione delle sotto indicate protesi la cui rottura sia stata determinata da *infortunio* che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili:

- a) lenti e/o occhiali atti a correggere imperfezioni della vista;
- b) protesi e apparecchi dentari fissi e mobili (compresi i materiali preziosi e le leghe); purché l'*infortunio* sia provato dal referto di Pronto Soccorso Pubblico o dal referto di un medico dentista presentato entro dieci giorni dalla data dell'*infortunio*;
- c) apparecchi acustici.

Sono compresi, con il sottolimito di € 3.000,00 per *sinistro*, i danni materiali a carrozelle, tutori e aiuti funzionali, verificatisi in occasione di un *infortunio* che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili.

Relativamente a particolari apparecchiature terapeutiche e/o ortopediche, qualora le medesime non possano essere noleggate, la *Società* effettuerà il rimborso per il loro acquisto.

4 in caso di intervento riparatore del danno estetico, per la chirurgia plastica. Tali spese sono rimborsabili purché l'intervento riparatore avvenga entro due anni dal giorno dell'*infortunio* (provato da cartella clinica descrittiva di un Pronto Soccorso) e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Per "danno estetico" si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

5 in caso di cure odontoiatriche rese necessarie da *infortunio* le spese sostenute per le prestazioni elencate nel Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico di cui all'Appendice 1, fino alla concorrenza dei singoli limiti e delle prestazioni ivi indicati.

Le prestazioni, i limiti e gli importi massimi rimborsabili sono descritti nel Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico composto dalle seguenti branche/prestazioni:

Visita Specialistica Cod. 1

Radiologia Odontoiatrica e Fotografie Cod. 2, 3, 4

Parodontologia Cod. 5

Chirurgia Orale Cod. 6, 7, 8

Conservativa Cod. 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Endodonzia Cod. 17, 18, 19, 20, 21

Gnatologia Cod. 22, 23

Protesi Fisse e Rimovibili Cod. 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33

Ortodonzia Cod. 34

MODALITA' DI INDENNIZZO

A. In caso di utilizzo dei seguenti *Centri Odontoiatrici* convenzionati:

- **Nettuno Dott. Alberto Studio Odontoiatrico**, Via della Libertà, 19 10073 Ciriè (To) tel. 0119206582; Via Umberto I, 17 10074 Lanzo (To) tel. 012327616;

- **Cappella Dott. Massimo Studio Odontoiatrico**, Corso Re Umberto, 79 10128 Torino Tel 011/5817558 – Fax 011/5817558, via Milocco, 6 10040 Leinì (To) tel. 0119974437; via San Martino, 24 10024 Moncalieri (To) tel. 0116402915;
- **San Maurizio Centro Medico Odontoiatrico**, Via Chiampo 13/15 10064 Pinerolo (To) tel. 0121/794996;
- **Dolza Dott. Mauro**, Via Settimo 83 10099 San Mauro Torinese (To) tel. 0118985456;
- **Vaira D.ssa Vanetta**, Corso Vittorio Emanuele II, 68 10121 Torino tel. 011539258;
- **Centro Dentistico Rivoli**, Corso Susa, 242 10098 Rivoli (To) tel. 0119531606;
- **Studio Cristaldent**, Via C. Canonico Balma, 39 10040 Rivalta (To) tel. 0119093145;
- **Oasi Medica**, Viale Papa Giovanni XXIII, 8/3 10092 Beinasco (To) tel. 0113589219;

l'Assicurato potrà ricevere le cure e le protesi rese necessarie da *infortunio* senza alcun esborso di denaro.

- B.** In caso di utilizzo di **Centri Odontoiatrici non convenzionati**, la Società rimborsa le spese sostenute ed indennizzabili **entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico – Colonna importo massimo Centri non Convenzionati**.
- C.** In caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la spesa sostenuta dall'Assicurato per i ticket governativi viene interamente rimborsata **entro i limiti previsti dal Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico – Colonna importo massimo Centri non Convenzionati**.

La Società, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, provvede al rimborso, fino al valore commerciale o d'uso del bene e con il sottolimito di € 500,00, delle spese sostenute per:

1. **danneggiamenti a strumenti musicali;**
2. **riparazione della bicicletta utilizzata al momento del sinistro.**

Il rimborso è subordinato alla presentazione di referto di Pronto Soccorso pubblico redatto, di norma, entro 24 ore dall'accadimento e a ricovero con almeno un pernottamento in struttura sanitaria. Per il rimborso delle spese di cui al punto 3, il rimborso è inoltre subordinato alla presentazione del verbale redatto dall'Autorità intervenuta al momento del sinistro.

ACCORDO CON CENTRI DI PRIMO SOCCORSO DI SESTRIERE E BARDONECCHIA

In caso di *infortunio* indennizzabile che richieda prestazioni sanitarie di primo soccorso da parte di:

- Centro Traumatologico Sestriere – Via Fraiteve 1 - 10058 Sestriere (To) Tel. 0122755456;
- Centro Medico Bava – V.le Bramafan 4 – 10052 Bardonecchia (To) – Tel. 012299037;

l'Assicurato potrà ricevere le cure necessarie, senza anticipo diretto di denaro, in virtù degli accordi in essere con tali Centri, nei limiti di *polizza*.

E RENDITA AGGIUNTIVA PER *INVALIDITÀ PERMANENTE* MAGGIORE DEL 50%

Nel caso l'*invalidità permanente* sia pari o maggiore del 50% della totale, la *Società*, in aggiunta all'*indennizzo* previsto dalla presente Sezione, assicura il pagamento di una **rendita rivalutabile di € 6.000,00 annue lorde** e per la **durata di 10 anni**, mediante accensione a favore dell'*Assicurato* di una *Polizza* della serie "Valuta Reale".

La *Polizza* del Ramo Vita decorre dal giorno di sottoscrizione dell'atto con il quale si accerta il grado di *invalidità*; il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato 12 mesi dopo l'effetto della *polizza* vita; **la rendita sarà corrisposta a condizione che l'Assicurato sia in vita.**

Questa garanzia è limitata agli allievi.

F INVALIDITA' PERMANENTE DETERMINATA DA POLIOMIELITE O MENINGITE CEREBROSPINALE

In caso di *invalidità permanente* da poliomielite o meningite cerebrospinale, contratta a scuola successivamente al novantesimo giorno della sua iscrizione all'anno scolastico, e comunque, successivamente alla data di effetto dell'*assicurazione*, Reale Mutua assicura il pagamento di un *indennizzo* fino alla concorrenza di **€ 150.000,00**.

L'*indennizzo* è effettuato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella, in corrispondenza del grado di *invalidità permanente* accertata:

%Acc	% Liq	% Acc	% Liq										
1	1	11	11	21	21	31	33	41	53	51	73	61	93
2	2	12	12	22	22	32	35	42	55	52	75	62	95
3	3	13	13	23	23	33	37	43	57	53	77	63	97
4	4	14	14	24	24	34	39	44	59	54	79	64	99
5	5	15	15	25	25	35	41	45	61	55	81	65	100
6	6	16	16	26	26	36	43	46	63	56	83	+65	100
7	7	17	17	27	27	37	45	47	65	57	85		
8	8	18	18	28	28	38	47	48	67	58	87		
9	9	19	10	29	29	39	49	49	69	59	89		
10	10	20	20	30	30	40	51	50	71	60	91		

G GITE, VISITE, VIAGGI DI ISTRUZIONE

In caso di gite, visite, viaggi di istruzione, soggiorni, stages, scambi culturali, la *Società* rimborsa:

- fino alla concorrenza di **€ 20.000,00** per *Assicurato* per l'Italia
- fino alla concorrenza di **€ 50.000,00** per *Assicurato* per l'estero
- a) le maggiori spese di viaggio derivanti da:
 - trasporto presso struttura sanitaria in loco e ritorno e/o rientro (anticipato o posticipato) in conseguenza di *infortunio* o *malattia* che abbia impedito il rientro in comitiva, rientro anticipato per decesso di un familiare fra quelli qui di seguito indicati: coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero/nuora;
 - viaggio di un familiare reso necessario da *ricovero* del partecipante alla gita che richieda *assistenza* al degente;
 - trasporto della salma del partecipante in seguito a decesso per *infortunio* o *malattia*;

b) le spese mediche ed ospedaliere sostenute in loco a seguito di *malattia improvvisa* che si manifesta nel corso del viaggio stesso.

H PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Reale Mutua liquida **€ 5.000,00** a titolo di rimborso forfettario per assenza di almeno 45 giorni consecutivi a seguito di *infortunio*, assenza che sia stata causa, a giudizio del Consiglio di Classe, **della perdita dell'anno scolastico**.

I LEZIONI DI RECUPERO

In caso di *infortunio* che non comporti da parte di Reale Mutua alcun esborso di cui ai punti che precedono e che abbia tuttavia determinato **l'assenza dell'Assicurato da scuola per almeno 6 giorni consecutivi** (documentati da certificazione medica e scolastica), Reale Mutua corrisponde **una indennità forfettaria di € 100,00** a titolo di contributo generico per oneri vari. In caso di **assenza di almeno 15 giorni consecutivi**, l'indennità forfettaria è **elevata a € 200,00**.

Questa garanzia è limitata agli allievi.

L SERVIZIO WWW.MYNET.BLUE

Con l'acquisto della *polizza* e finché la stessa è in vigore Reale Mutua offre gratuitamente all'*Assicurato* la possibilità di avvalersi dei servizi non assicurativi che saranno fruibili grazie ad un codice di accesso di 16 cifre (PIN) consegnato. Per fruire dei servizi occorrerà connettersi al sito www.mynet.blue/realescuola per ricevere il proprio PIN da utilizzare per l'accesso. In caso di necessità è possibile richiedere supporto tramite il form presente alla voce "Aiuto alla navigazione".

Il servizio permette di accedere ai network convenzionati con tariffe di favore:

- prestazioni odontoiatriche rese dal network di medici dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite in sito www.mynet.blue.
Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche sono consultabili tramite il sito stesso;
- prestazioni sanitarie rese dal network di centri medici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite il sito www.mynet.blue.
- Acquisto lenti ed occhiali resi dal network di centri ottici, il cui elenco è consultabile tramite in sito www.mynet.blue

DIRITTI DELL'ASSICURATO

L'*Assicurato* ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni mediche e le prestazioni fisioterapiche rese dal network di *Blue Assistance*.

Resta inteso che:

- A** le prestazioni dei medici/centri convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- B** **i corrispettivi relativi alle prestazioni dei medici/centri convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;**
- C** le informazioni relative ai costi delle singole prestazioni dei centri medici convenzionati e centri ottici saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'Assicurato si è rivolto.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

2.10 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Il **Contraente** è tenuto a:

- a) ad annotare in ordine cronologico nell'apposito Registro Infortuni della **Società** le denunce infortuni pervenute dagli **Assicurati**.
- b) qualora a seguito dell'**infortunio** l'**Assicurato** richieda, entro due anni dall'accaduto, un **indennizzo**, ad inviare all'**Agenzia** oppure alla Sede di Reale Mutua, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Codice Civile **entro tre giorni dalla data della richiesta**, l'apposito **Modulo allegando le fotocopie autenticate del Registro Infortuni**.

La denuncia deve contenere: descrizione dell'**infortunio**, luogo, giorno, ora, cause che lo determinarono. Essa **deve essere corredata dal certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale - dell'attività lavorativa da parte dell'**Assicurato**.

Successivamente l'**Assicurato** deve inviare **certificati medici sul decorso delle lesioni**. L'accertamento di eventuali postumi di **invalidità permanente** deve essere effettuato in Italia.

In caso di inabilità temporanea (con o senza applicazione di apparecchio gessato) i **certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze**. In mancanza, la liquidazione dell'**indennizzo** viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che Reale Mutua possa stabilire una data anteriore.

In caso di applicazione di apparecchio gessato, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dalla **struttura sanitaria** o dal medico che ha effettuato l'intervento.

- c) Il Registro Infortuni dovrà essere conservato per almeno due anni dal **Contraente** ed in seguito consegnato all'**Agenzia**.

Se l'**inabilità temporanea** si verifica quando l'**Assicurato** si trovi in territorio extra-europeo, l'**indennizzo** della **diaria** generica spetta soltanto per il periodo di degenza - documentata - in **struttura sanitaria**; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato a Reale Mutua entro tre giorni, pena la decadenza del diritto all'**indennizzo** corrispondente.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'**Assicurato**.

Per il rimborso delle spese di cura devono essere presentati i documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché la documentazione medica relativa. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra **assicurazione** privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'Ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'**Assicurato**, i suoi familiari e gli aventi diritto devono consentire alla visita dei medici di Reale Mutua ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'**Assicurato** stesso.

2.11 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Reale Mutua corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo.

Pertanto:

- **non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso;**
- **se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;**
- **con particolare riferimento alla garanzia *Invalidità Permanente*, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali della Tabella allegata alla presente sezione sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

2.12 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenza delle lesioni, sul grado di *invalidità permanente* o sulla durata e pertinenza dell'*inabilità temporanea* e delle spese di cura, si potrà procedere, su accordo delle *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, mediante arbitrato di un Collegio Medico.

I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle *Parti* ed il terzo d'accordo dai primi due, o in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di Istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale".

2.13 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione, Reale Mutua, determinato l'*indennizzo* che risulti dovuto, provvede nel più breve tempo possibile al pagamento.

L'*indennizzo* verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

2.14 ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

L'*Assicurato*, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'*indennizzo* nei seguenti casi:

A *Invalidità permanente*

Trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata da Reale Mutua in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile *indennizzo* definitivo.

B *Inabilità temporanea*

A guarigione clinica avvenuta Reale Mutua, in base alla documentazione acquisita, corrisponde all'Assicurato l'*indennizzo* maturato fino al momento della richiesta.

2.15 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'*infortunio*.

2.16 TUTELA DELL'EVENTUALE RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'*infortunato* o, in caso di morte, i *beneficiari* (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'*infortunio*, l'*indennità* dovuta ai sensi della presente sezione di *polizza* ed avanzino verso il *Contraente* maggiori pretese a titolo di *risarcimento* dei danni per responsabilità civile, l'*indennità* viene computata nel *risarcimento* che il *Contraente* fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora la presente copertura derivi dall'applicazione di un contratto di lavoro la norma si intende annullata.

ALLEGATO

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE

(Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 n. 1124)

Descrizione Percentuali	DX	SX
◆ Sordità completa di un orecchio		15%
◆ Sordità completa bilaterale		60%
◆ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
◆ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%

Altre menomazioni della facoltà visiva: vedasi la tabella seguente

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

Note

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di *infortunio* agricolo.
- In caso di afachia monolaterale:
 - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%

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

Descrizione Percentuali	DX	SX
◆ Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
◆ Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
◆ Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
◆ Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
◆ Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
◆ Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
◆ Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
◆ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
◆ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
◆ Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
◆ Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
◆ Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
◆ Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
◆ Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
◆ Perdita totale del pollice	28%	23%
◆ Perdita totale dell'indice	15%	13%
◆ Perdita totale del medio		12%
◆ Perdita totale dell'anulare		8%
◆ Perdita totale del mignolo		12%
◆ Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
◆ Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
◆ Perdita della falange ungueale del medio		5%
◆ Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
◆ Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
◆ Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
◆ Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
◆ Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
◆ Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
◆ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30%	25%

b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
◆ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
◆ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
◆ Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
◆ Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
◆ Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
◆ Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
◆ Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
◆ Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
◆ Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
◆ Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
◆ Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
◆ Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
◆ Perdita totale del solo alluce	7%	
◆ Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
◆ Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
◆ Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
◆ Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per *invalidità permanente* totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun *indennizzo*.

Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto *sinistro* e viceversa.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nel caso in cui l'*invalidità permanente* non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

SEZIONE CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS H.I.V., EPATITE B o C CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

3.1 Oggetto della garanzia

L'assicurazione è prestata per il rischio di contagio da virus H.I.V., d'epatite B o C esclusivamente avvenuto durante lo svolgimento delle attività assicurate descritte in polizza in conseguenza di:

- puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- aggressioni subite dall'Assicurato;
- trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- contagio avvenuto in situazioni di soccorso prestato nell'ambito dell'Istituto scolastico, a soggetti Assicurati presunti portatori del virus H.I.V., d'epatite B o C;

Reale Mutua assicura l'indennizzo di € 50.000,00 qualora l'Assicurato risulti sieropositivo, secondo gli accertamenti previsti e disposti dall'art. 2 che segue.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

3.2 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

Non sono mai assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, tossicomanie, AIDS o sindromi correlate; o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere, le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus H.I.V., d'epatite B o C prima della denuncia del sinistro. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni (le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio).

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

Si precisa che la copertura è operante per gli allievi portatori di handicap fisici e psichici, menomazioni o difetti fisici.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

3.3 Denuncia di sinistro ed obblighi relativi – Criteri di indennizzabilità

- A L'Assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus H.I.V., d'epatite B o C a causa di un evento accidentale descritto all'ART.1 deve – entro 3 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto – darne avviso a Reale Mutua (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telex o fax indirizzato all'Agenzia che amministra la polizza. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata a Reale Mutua 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 6 giorni dall'evento l'*Assicurato* – fatta eccezione per i casi regolamentati al punto B) seguente – deve sottoporsi ad un primo test H.I.V., d'epatite B o C presso un centro specializzato indicato da Reale Mutua.

Qualora dal test risulti che l'*Assicurato* è sieropositivo o affetto da epatite B o C, non sarà dovuto alcun *indennizzo*: l'*assicurazione* nei suoi confronti cessa ed il *premio* di sezione diminuirà a partire dalla scadenza successiva.

Se il primo test immunologico o per diagnosi di epatite B o C 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 o affetto da epatite B o C la *Società* liquiderà l'*indennizzo* previsto dall'*assicurazione*.

Tutte le spese mediche relative al test H.I.V., d'epatite B o C sono a carico dell'*Assicurato*: tuttavia in caso di *sinistro* indennizzabile a termini di *polizza* anche dette spese saranno rimborsate da Reale Mutua.

L'*Assicurato* ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dell'*assicurazione*, al momento di sottoporsi al test immunologico per H.I.V. – epatite B o C.

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*.

B In relazione ai rischi descritti all'art. 1 ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. o epatite B o C si conviene che:

1 in caso di aggressione a seguito della quale l'*Assicurato*, o che per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente *ricovero* in *Struttura sanitaria*), 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.

2 In caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico l'*Assicurato* è esonerato dal 1° test, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di *sinistro*.

3.4 Liquidazione

Reale Mutua, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il *contagio* certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente art. 3 corrisponde l'*indennizzo* pattuito (ovvero l'intera somma assicurata).

SEZIONE ASSISTENZA CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

PRESTAZIONI

All'Assicurato che si trovi in una situazione di difficoltà a seguito degli eventi fortuiti – indicati negli Articoli che seguono – occorsi durante il periodo di validità dell'assicurazione, Reale Mutua, per il tramite della *Centrale Operativa*, eroga le prestazioni di assistenza indicate nei medesimi successivi Articoli.

Per poterne usufruire l'Assicurato stesso, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve contattare la *Centrale Operativa*, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri
 - dall'Italia**
Numero Verde
800-092092
 - dall'estero**
Prefisso internazionale
011 7425555
- posta elettronica, all'indirizzo:
assistenza@blueassistance

COMUNICANDO:

- ◆ le proprie generalità
- ◆ il numero di *polizza*
- ◆ il tipo di *assistenza* richiesta
- ◆ il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

Gli interventi di *assistenza* devono essere esclusivamente disposti dalla *Centrale Operativa* pena la decadenza del diritto alla prestazione.

COSA ASSICURIAMO:

4.1 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

La prestazione di servizio di cui al presente articolo è fornita gratuitamente nell'ambito della Sezione di Assistenza.

In caso di necessità, esclusivamente durante l'attività scolastica, l'Assistito potrà richiedere alla *Centrale Operativa* informazioni e consigli sui primi provvedimenti di urgenza da adottare. Non verranno fornite diagnosi e prescrizioni.

La *Centrale Operativa*, se necessario aiuterà l'assistito a reperire medici e servizi di soccorso sanitario d'urgenza. I costi rimangono a carico dell'assistito.

Oltre a quanto previsto al punto 4.1 che precede, durante i viaggi organizzati dall'Istituto Scolastico in Italia o all'Estero la copertura è estesa alle seguenti prestazioni

4.2 CONSEGNA DOCUMENTI SCOLASTICI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica – ed abbia la necessità di consegnare o ricevere documenti che rivestano un oggettivo carattere di urgenza (es. materiale didattico, appunti, compiti assegnati dai docenti o comunicazioni tra la famiglia e l'Istituto Scolastico), la *Centrale Operativa* per un periodo di 30 giorni successivi al sinistro, tramite un proprio incaricato di fiducia, a supportare l'Assicurato e la famiglia nel disbrigo delle suddette pratiche.

L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione deve contattare telefonicamente la *Centrale Operativa* fornendo l'elenco dei documenti da consegnare o ritirare, indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.

La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto della disponibilità oraria delle persone presso cui i documenti devono essere consegnati o ritirati.

L'erogazione della prestazione, è garantita dalla *Centrale Operativa*, tenendo il costo a carico di Reale Mutua.

Restano a carico dell'Assicurato eventuali costi di spedizione.

4.3 EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, la *Centrale Operativa*, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

Oltre a quanto previsto al punto 4.1 che precede, durante i viaggi organizzati dall'Istituto Scolastico in Italia o all'Estero la copertura è estesa alle seguenti prestazioni

4.4 INVIO MEDICO E/O AMBULANZA

Qualora dai primi dati risultanti dal contatto telefonico il servizio medico della *Centrale Operativa* giudicasse necessario l'intervento di un medico sul posto, provvederà ad inviare un medico generico tenendo a proprio carico il relativo costo.

Qualora nessuno dei medici convenzionati della *Società* fosse immediatamente disponibile e/o nel caso le circostanze lo rendano necessario, la *Società* provvederà, in accordo con l'Assicurato, al suo trasferimento nel centro medico idoneo più vicino (pronto soccorso – studio medico).

I costi relativi al trasporto, in ambulanza, taxi o altro mezzo ritenuto idoneo ad insindacabile giudizio della *Centrale Operativa* e comunque, esclusivamente quelli in merito al solo viaggio di andata, restano a totale carico della *Società*.

Il viaggio di ritorno dallo studio medico e/o pronto soccorso resterà a carico dell'Assicurato. Resta inteso che la *Società* non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso né assumere le eventuali spese.

4.5 INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa* avvenuti in viaggio venga ricoverato in una *Struttura sanitaria* sul posto, la *Società*, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi familiari stabilisce un collegamento continuo tra i medici di guardia presso la *Centrale Operativa* e i medici che hanno in cura il paziente sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

Fermo il rispetto del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003 che ha introdotto il nuovo codice a tutela della "privacy".

Qualora poi il *ricovero* avvenga all'estero e l'Assicurato abbia difficoltà a comunicare perché non conosce la lingua, la *Centrale Operativa* organizza il contatto telefonico tra il proprio personale multilingue, i medici curanti sul posto, l'Assicurato e i suoi familiari.

4.6 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero venga ricoverato a causa di *infortunio* o *malattia improvvisa* ed incontri difficoltà a comunicare nella lingua locale, la *Società* provvederà a reperire in loco un interprete e terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

4.7 INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

La *Società* provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, all'inoltro a destinazione di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti.

In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

4.8 ANTICIPO SOMME DI DENARO (per i soli Assicurati maggiorenni)

Qualora l'Assicurato in viaggio, in conseguenza di furto del bagaglio o del denaro, rapina, *malattia improvvisa* o *infortunio*, necessiti di denaro per sostenere spese impreviste e di prima necessità a cui non gli sia possibile far fronte direttamente ed immediatamente la *Società* provvederà:

- ad assisterlo affinché riesca a trasferire sul posto, tramite istituti bancari locali, somme di denaro dalla propria banca;

a richiedere all'Assicurato di designare una persona che in Italia metta a disposizione della *Società* stessa l'importo richiesto. Contestualmente, questa si impegna a pagare sul posto o a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato fino alla concorrenza massima di € 520,00.

4.9 RIFACIMENTO DOCUMENTI

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero smarrisca o subisca il furto di passaporto, carta d'identità, patente di guida, visti d'ingresso, e necessiti dell'emissione di tali documenti in forma provvisoria ai fini della prosecuzione del viaggio o per far ritorno alla sua residenza, la *Centrale Operativa* provvederà:

– a mettere in contatto telefonico l'Assicurato con l'Ambasciata Italiana più vicina per consentire, per quanto possibile, le suddette pratiche di rifacimento. In alternativa la *Centrale Operativa* fornisce all'Assicurato i riferimenti utili per contattare l'Ambasciata italiana più vicina;

– a rimborsare fino ad un massimo di € 100, per sinistro e per la durata dell'assicurazione, le spese sostenute e documentate dall'Ambasciata/Consolato italiano che dovranno essere trasmesse alla *Centrale Operativa* entro 30 giorni dal rientro in Italia.

4.10 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.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

5.1 LIMITAZIONI

Le prestazioni di *assistenza* di sopra riportate hanno estensione territoriale in Italia e all'Estero.

Le prestazioni erogate dalla *Centrale Operativa* non sono da considerarsi "di emergenza" e pertanto non devono ritenersi sostitutivi di quelli del 118.

5.2 DELIMITAZIONI DI GARANZIA

Reale Mutua, per il tramite della *Centrale Operativa*, non presta le garanzie qualora il *sinistro* sia conseguenza diretta di:

- guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'*Assicurato*;
- infortuni derivanti dalla pratica di:

- sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.
- Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste dalle singole garanzie.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

5.3 GESTIONE DEL *SINISTRO*

Obblighi dell'Assicurato:

Per attivare la garanzie l'Assicurato deve contattare immediatamente la *Centrale Operativa* e deve:

- fornire ogni informazione richiesta;
- sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla *Centrale Operativa*;
- produrre, se richiesta dalla *Centrale Operativa*, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Reale Mutua ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che hanno determinato la prestazione fornita e non perde il diritto a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

Mancato utilizzo delle prestazioni

Reale Mutua non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi: Reale Mutua non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita ed imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di *assistenza* previsto.

SEZIONE RCT/O CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

5.1 Oggetto dell'assicurazione

A) **Responsabilità civile verso terzi (R.C.T.)** – Reale Mutua si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato/Contraente* di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di *risarcimento* (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, **per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale** verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'*assicurazione*.

Non sono considerati terzi:

- 1) **il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché ogni altro parente o affine con lui convivente;**
- 2) **quando l'Assicurato non sia una persona fisica, il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto 1);**
- 3) **le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio; tutti coloro che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'Assicurato, subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale alle attività cui si riferisce l'assicurazione, nonché gli appaltatori ed i loro dipendenti. Questa esclusione dal novero dei terzi non vale per gli appaltatori delle attività e/o dei lavori previsti dall'art. 5.2; detti appaltatori ed i loro dipendenti sono però considerati terzi unicamente per danni conseguenti a morte o a lesioni personali.**

I lavoratori parasubordinati sono considerati terzi, per i soli danni a cose, sempre che non subiscano il danno in conseguenza della loro partecipazione manuale all'attività assicurata, e purchè non ricorrano le ipotesi indicate nei punti 1, 2, 3 del presente articolo, nei quali casi non sono comunque considerati terzi.

B) **Responsabilità verso prestatori di lavoro (R.C.O.)** - Reale Mutua si obbliga a tenere indenne l'*Assicurato* di quanto questi sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- 1) ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e dell'art. 13 del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n. 38, per infortuni sofferti da prestatori di lavoro da lui dipendenti e risultanti a libro paga o da lavoratori parasubordinati assicurati ai sensi dei predetti D.P.R. e D.Lgs., addetti alle attività per le quali è prestata l'*assicurazione*;
- 2) ai sensi del Codice Civile a titolo di *risarcimento* di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e del D.Lgs. 23 febbraio 2000 n.38, cagionati a prestatori di lavoro di cui al precedente punto 1) per morte e per lesioni personali conseguenti ad **infortunio dalle quali sia derivata un invalidità permanente, calcolata sulla base dei criteri adottati dall'INAIL, non inferiore al 6%.**

La garanzia vale altresì per gli infortuni subiti da titolari, soci e familiari coadiuvanti **limitatamente alle somme richieste dall'INAIL** mediante l'azione di rivalsa ai sensi degli artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.

L'*assicurazione* è efficace alla condizione che, al momento del *sinistro*, l'*Assicurato* sia in regola con gli obblighi per l'*assicurazione* di legge

Da tale assicurazione sono comunque escluse le malattie professionali.

Tanto l'*assicurazione* R.C.T. quanto l'*assicurazione* R.C.O. valgono anche per le azioni di rivalsa esperite dall'INPS ai sensi dell'artt. 14 della legge 12 giugno 1984 n. 222.

L'*assicurazione* è prestata fino alla **concorrenza massima complessiva** per capitali, interessi e spese per *sinistro* di:

€ 25.000.000,00 (RCT)

€ 25.000.000,00 (R.C.O)

Si conviene che, nel caso in cui un **unico sinistro interessi contemporaneamente la garanzia R.C.T. e quella R.C.O.**, il *risarcimento* massimo a carico della Società non potrà superare, complessivamente per le due garanzie impegnate, la somma di **€ 25.000.000,00**.

5.2 Rischi compresi

a) L'*assicurazione*, oltre che per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività principale dichiarata in *polizza*, si intende operante anche per la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* sia per fatto proprio, sia per fatto di propri dipendenti sia per fatto di eventuali appaltatori in relazione ai rischi complementari esclusivamente finalizzati a soddisfare esigenze gestionali interne dell'ente, quali la pulizia e la vigilanza, o a realizzare attività dopolavoristiche dei dipendenti dell'*Assicurato*.

La garanzia si intende inoltre operante per la responsabilità civile delle persone non in rapporto di dipendenza con l'*Assicurato* e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio delle sue attività.

L'*assicurazione* vale anche per la Responsabilità Personale delle persone della cui opera la Scuola si avvale attraverso la stipula di specifici contratti individuali di prestazione d'opera.

b) L'*assicurazione* comprende la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* dalla **somministrazione di alimentari e farmaci**.

c) L'*assicurazione* comprende la responsabilità civile dell'*Assicurato* per danni subiti da:

- 1) veicoli in consegna e/o custodia all'*Assicurato*;
- 2) veicoli in sosta o in circolazione nell'ambito dell'ente;
- 3) veicoli sotto carico e scarico;
- 4) cose trovantesi sui veicoli sopraindicati.

La garanzia di cui al presente punto c) vale anche se i veicoli e le cose risultino di proprietà dei dipendenti dell'*Assicurato* o di appaltatori delle attività e/o dei lavori di cui al punto a); **si conferma che restano comunque esclusi i danni da furto, quelli da incendio delle cose dell'*Assicurato* o da lui detenute, nonché i danni subiti da veicoli comunque in uso all'*Assicurato*.**

d) L'*assicurazione* comprende i rischi inerenti l'espletamento delle attività previste dalla normativa vigente in ordine agli Istituti scolastici. Unitamente a quella del personale direttivo, docente e non docente, è assicurata la responsabilità personale dei genitori e degli allievi per danni cagionati nel contesto delle anzidette attività scolastiche.

La garanzia comprende i danni verificatisi durante passeggiate, gite, visite scolastiche e altre manifestazioni di carattere culturale, tecnico o sportivo organizzate dall'*Assicurato*, nonché i danni conseguenti a prestazioni di pronto soccorso.

Sono considerati terzi: il personale direttivo, docente, non docente, i genitori e gli allievi fra di loro; i soggetti stessi nei confronti dell'*Assicurato*, quando quest'ultimo abbia personalità giuridica.

Il personale scolastico è tenuto altresì indenne di quanto sia tenuto a pagare alla Pubblica Amministrazione a titolo di rivalsa da questa intentata, rimanendo tuttavia esclusi i danni arrecati direttamente alla Pubblica Amministrazione stessa.

La Pubblica Amministrazione - sempreché l'Istituto *Contraente* ne sia parte giuridicamente e patrimonialmente indistinta - è assicurata per fatti imputabili all'Istituto *Contraente* e al personale ivi impiegato; Reale Mutua pertanto riconosce all'Amministrazione stessa la facoltà di cui all'art. 1917 C.C. ultimo comma.

- e) La garanzia è operante per i **danni conseguenti a quanto disposto dal D.L. n. 81/08** e vale anche per la R.C. personale di tutti i dipendenti, ivi compresi quelli preposti al servizio di sicurezza e prevenzione.
- f) La garanzia comprende altresì i corsi di alfabetizzazione delle "150 ore", di orientamento professionale ed approfondimento culturale previsti dai Centri Territoriali Permanenti ed i Corsi post-diploma realizzati dagli Istituti Superiori.
- g) La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* ai sensi dell'art. 2049 C.C. per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti ovvero da dipendenti della Pubblica Amministrazione in relazione alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purchè i medesimi non siano di proprietà dell'*Assicurato* od allo stesso intestati al P.R.A., ovvero a lui locati o dati in usufrutto.

La garanzia vale anche nel caso di morte o lesioni personali cagionate alle persone trasportate. E' fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della *Società* nei confronti dei responsabili,

Questa specifica estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una *franchigia* fissa di € 250,00 per ogni *sinistro*. La garanzia è valida a condizione che al momento del *sinistro* il *veicolo* sia guidato da dipendente dell'*Assicurato* iscritto nei libri paga tenuti a norma di legge, ovvero da un dipendente della Pubblica Amministrazione.

- h) **OGGETTI IN CONSEGNA E CUSTODIA**
La garanzia si intende estesa ai **danni arrecati agli oggetti personali degli allievi che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia** a qualsiasi titolo o destinazione. **Detta garanzia è prestata con un massimo risarcimento per sinistro di € 520,00. Il risarcimento per anno assicurativo non potrà superare € 5.000,00.** L'*assicurazione* non vale per gli oggetti preziosi, denaro, valori bollati, marche, titoli di credito, valori in genere.

- i) **DANNI DA INCENDIO**
L'*assicurazione* si estende ai danni a **cose di terzi derivanti da incendio**, di **cose dell'*Assicurato* e/o da lui detenute**, escluso comunque i danni alle *cose* in consegna e/o custodia, e i **danni derivanti da incendio di fabbricati (e relativo contenuto) di proprietà e/o in uso all'*Assicurato*.**

Tale estensione di garanzia è prestata con applicazione di una franchigia di € 500,00 per *sinistro* e fino alla concorrenza del *massimale* indicato nella presente sezione per danni a *cose*, con un massimo *indennizzo* di € 5.500.000,00 per anno assicurativo.

Qualora per lo stesso *rischio* esista altra analoga copertura assicurativa, la garanzia di cui alla presente estensione, si intenderà operante per l'eccedenza rispetto a quanto indennizzato dalla predetta altra *assicurazione*.

- j) La garanzia comprende la responsabilità Civile derivante all'*Assicurato* dalla **conduzione dei locali dell'Istituto**.
Qualora gli stessi vengono concessi in uso a terzi per attività esterne (ad esempio la palestra per usi sportivi), è compresa la responsabilità Civile comunque riconducibile all'Istituto.
La garanzia comprende, nei limiti tutti della presente sezione, la responsabilità civile derivante alle famiglie degli allievi per i **danni involontariamente cagionati alle persone ospitate in occasione di scambi culturali, gemellaggi** ed iniziative analoghe, durante il periodo di permanenza presso le abitazione delle famiglie stesse. **La presente garanzia si intende prestata con una franchigia di € 100,00 relativamente ai danni a cose.**
- k) L'*assicurazione* comprende la responsabilità derivante all'Istituto *Contraente* per le attività dallo stesso realizzate nell'ambito di programmi ed iniziative promosse da Consorzi tra Istituti Scolastici a cui il *Contraente* partecipa;
- l) **RC SCAMBI CULTURALI**
La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* nonché ai genitori, al tutore o chi ne esercita la patria potestà per i **danni involontariamente cagionati a terzi durante la partecipazione a scambi culturali, gemellaggi ed iniziative analoghe** compresa la responsabilità civile derivante dalla circolazione di veicoli non a motore, compresi i velocipedi.
Tale estensione di garanzia è prestata con un massimo indennizzo di € 5.000.000,00 per anno assicurativo.
- m) **RC STAGE, TIROCINI, ALTERNANZA SCUOLA/LAVORO**
La garanzia comprende la responsabilità Civile derivante all'*Assicurato* per i **danni involontariamente cagionati a Terzi durante gli stage, i tirocini formativi, i progetti di orientamento, l'alternanza scuola/lavoro**, anche all'estero.
Tale estensione di garanzia è prestata con un massimo indennizzo di € 5.000.000,00 per anno assicurativo
- n) **RC ALUNNI IN ITINERE**
La garanzia comprende la responsabilità civile derivante all'*Assicurato* nonché i genitori, al tutore o chi ne esercita la patria potestà, per **danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali durante il tragitto casa-scuola e viceversa, per il tempo necessario a compiere il tragitto** anche effettuato a mezzo del pedibus e bicibus, prima e dopo l'orario delle lezioni scolastiche.
La presente estensione di garanzia non vale nel caso in cui la Responsabilità Civile sia ascrivibile a quanto disciplinato dal Codice delle Assicurazioni Private adottato con D.Lgs. n. 209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente all'Assicurazione obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore; al contrario si intende estesa alla Responsabilità Civile in cui incorra l'*Assicurato* per l'uso di biciclette o altri mezzi non assoggettati agli obblighi assicurativi sanciti dal Codice delle Assicurazioni Private adottato con D.Lgs. n.209 del 7.9.2005 e successive modifiche ed integrazioni relativamente all'Assicurazione obbligatoria RCA di tutti i mezzi a motore, anche per le persone che rispondano per l'*Assicurato*, a patto che la responsabilità sia stata accertata.
- o) **COMMITTENZA AUTO**
L'*assicurazione* si estende alla responsabilità civile derivante all'*Assicurato* ai sensi dell'art. 2049 Codice Civile per danni cagionati a terzi da suoi dipendenti in relazione

alla guida di autovetture, ciclomotori, motocicli, purché i medesimi non siano di proprietà dell'Assicurato od allo stesso intestati al P.R.A. ovvero a lui locati o dati in usufrutto.

La garanzia vale anche nel caso di morte o lesioni personali cagionate alle persone trasportate.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di surrogazione della Società nei confronti dei responsabili. Questa specifica estensione di garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa di € 250,00 per ogni sinistro.

La garanzia è valida a condizione che al momento del sinistro il veicolo sia guidato da dipendenti dell'Assicurato iscritti nei libri paga tenuti a norma di legge.

p) RISCHI DI CIRCOLAZIONE SU STRADE O AREE PRIVATE

Quando per i rischi di circolazione di veicoli a motore su strade o aree private non equiparate a quelle di uso pubblico esista una contemporanea e valida assicurazione, la garanzia di cui alla presente sezione viene prestata, fermi i massimali nella stessa indicati, in secondo rischio (e cioè in eccedenza) rispetto al risarcimento previsto da tale copertura.

q) LAVORI E/O ATTIVITA' SVOLTI AL DI FUORI DELL'AMBITO DELL'ENTE

Per le attività e/o lavori svolti al di fuori dell'ambito dell'ente, l'assicurazione viene regolamentata anche dalle norme sotto indicate.

L'assicurazione comprende la responsabilità civile dell'Assicurato per:

- a) danni di cui all'art. 5.2 lett. c) con le limitazioni ivi indicate;
- b) danni a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o dallo stesso detenute;
- c) danni ai locali di terzi nei quali si svolgono i lavori e/o le attività; alle cose di terzi trovantesi nei locali stessi; alle cose di terzi trovantesi nello stretto ambito di esecuzione dei lavori e/o attività, quando questi si svolgono all'aperto.

In merito ai danni di cui al precedente punto b) la garanzia è prestata fino alla concorrenza del limite stabilito nella presente sezione per danni a cose, ma con il massimo di € 15.500,00.

In merito ai danni di cui al precedente punto c), anche se dovuti ad incendio delle cose dell'Assicurato o dallo stesso detenute, la garanzia è prestata con l'applicazione su ogni sinistro di uno scoperto a carico dell'Assicurato pari al 10% del danno con il minimo di € 50,00.

Relativamente ai danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi, la garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto del 10% con il minimo di € 500,00 per sinistro e fino alla concorrenza del massimale indicato nella presente sezione per danni a cose, con un massimo indennizzo di € 5.500.000,00 per anno assicurativo.

L'assicurazione non è operante invece per i danni:

- a) cagionati da opere ed installazioni in genere dopo l'ultimazione dei lavori, o qualora si tratti di operazioni di riparazione, manutenzione, conduzione o posa in opera, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- b) a condutture ed impianti sotterranei; quelli a fabbricati ed a cose in genere dovuti a demolizione nonché a cedimento, franamento, assestamento e vibrazioni del terreno;
- c) derivanti da errori od oscillazioni di tensione o di pressione.

5.3 Personale temporaneo

Nel caso in cui il *Contraente* si avvalga di personale temporaneo regolarmente acquisito in base alle norme di legge, la garanzia vale anche per la responsabilità civile derivante al *Contraente* per fatto di detto personale temporaneo, nonché per la responsabilità civile di quest'ultimo mentre svolge attività per conto del *Contraente*.

Inoltre, detto personale, è considerato terzo per morte o lesioni personali, **sempreché non sia operante la garanzia R.C.O. di cui al punto B) dell'art. 1) "Oggetto dell'assicurazione"**.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

5.4 Sono esclusi all'*assicurazione* R.C.T. e R.C.O. i danni derivanti:

- a) dalla detenzione e/o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche, come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) dalla detenzione e/o dall'impiego di esplosivi;
- c) da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o di prodotti contenenti amianto;
- d) da guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuti a ordigni di guerra;
- e) dall'emissione di onde e campi elettromagnetici (EMF).

Sono inoltre esclusi dall'*assicurazione* di R.C.T. i danni:

- f) derivanti dalla detenzione e/o dall'impiego di aeromobili;
- g) di cui l'*Assicurato* debba rispondere ai sensi degli artt. 1783, 1784, 1785bis e 1786 C.C.;
- h) derivanti dalla proprietà di fabbricati e dei relativi impianti fissi.
- i) conseguenti a: inquinamento in genere, comunque cagionato; interruzioni, deviazioni, impoverimento ed alterazioni di sorgenti, di corsi d'acqua sotterranei, di falde acquifere e di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- l) cagionati alle persone trasportate su *veicolo* - per il quale non sia consentito il trasporto di persone - che risulti o di proprietà dell'*Assicurato* o allo stesso in consegna, custodia, uso; da impiego di veicoli a motore, macchinari od impianti che siano condotti od azionati da persona che non abbia compiuto il sedicesimo anno di età; derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore;
- m) provocati a cose che l'*Assicurato* abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, salvo quanto disposto dall'art. 5.2 lett. c) ed h).; alle cose che vengano trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate; ad opere o cose che vengano costruite, poste in opera, rimosse, mantenute, riparate dall'*Assicurato*; ad opere e cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori; a natanti e aeromobili sotto carico o scarico ovvero in sosta

nell'ambito di esecuzione delle anzidette operazioni, nonché alle cose sugli stessi trasportati;

- n) cagionati da merci, prodotti e cose in genere dopo la consegna a terzi, salvo quanto indicato all'art. 5.2 lett. b).;**
- o) a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da questi detenute; da furto; dovuti ad errori, omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili; da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente dalla legge;**
- f) cagionati a terzi in conseguenza della distribuzione o dell'utilizzazione del sangue o dei suoi preparati o derivati.**
- q) relativi all'esercizio di sale teatrali o cinematografiche, piscine, tribune e, limitatamente agli oratori e ricreatori, all'esercizio di associazioni o gruppi scoutistici.**

5.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale per i danni o eventi che si verifichino in tutto il Mondo.

5.6 Terzi i dipendenti non INAIL

A parziale deroga dell'art. 5.1 punto 3), i dipendenti dell'Assicurato non soggetti all'obbligo di assicurazione all'INAIL sono considerati terzi nei confronti di tutti gli Assicurati previsti nella presente sezione, limitatamente al caso di morte o lesioni personali gravi o gravissime (come definite dall'art. 583 Codice Penale).

5.7 PLURALITÀ DI ASSICURATI

La garanzia viene prestata entro i limiti ed i massimali convenuti nella presente sezione per sinistro, il quale resta, ad ogni effetto, unico anche nel caso di responsabilità di più di uno degli Assicurati.

Tuttavia il *massimale* verrà utilizzato in via prioritaria a copertura della responsabilità civile del *Contraente/Assicurato* ed in via subordinata, per l'eccedenza, a copertura della responsabilità civile degli altri Assicurati.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

5.8 Obblighi del Contraente in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Reale Mutua entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza (ad. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (art. 1915 C.C.).

Agli effetti dell'assicurazione di responsabilità civile verso i prestatori di lavoro, il *Contraente* deve denunciare soltanto i sinistri per i quali ha luogo l'inchiesta giudiziaria a norma della legge infortuni.

5.9 Gestione delle vertenze di danno - spese legali

Reale Mutua assume, finché ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Le spese sostenute per resistere all'azione giudiziaria promossa contro l'*Assicurato* sono a carico di Reale Mutua entro il limite di un importo pari al quarto del *massimale* stabilito nella presente sezione per il danno cui si riferisce la domanda; qualora la somma dovuta ai danneggiati superi detto *massimale*, le spese verranno ripartite tra *Società* ed *Assicurato* in proporzione del rispettivo interesse.

Reale Mutua non riconosce peraltro le spese incontrate dall'*Assicurato* per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende, né delle spese di giustizia penale.

Tuttavia in caso di definizione transattiva del danno, Reale Mutua, a richiesta dell'*Assicurato*, e ferma ogni altra condizione della presente sezione, continuerà a proprie spese la gestione in sede giudiziale penale della vertenza fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova al momento dell'avvenuta transazione.

SEZIONE TUTELA GIUDIZIARIA CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

6.1 Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie previste all'Art. 6.3 – Oggetto dell'assicurazione - delle Condizioni Generali di Assicurazione, vengono prestate a tutela dei diritti dei soggetti di seguito riportati:

A. ALUNNI E GENITORI

Gli Alunni e i loro genitori per fatti commessi e/o occorsi dagli/agli alunni durante le attività scolastiche e ricreative organizzate dalle autorità scolastiche;

Sono assicurati anche:

- i partecipanti a corsi serali, ai corsi IFTS, EDA, CTP, ai corsi di alfabetizzazione e corsi 150 ore, progetti PON, POR, corsisti in genere, etc.
- Alunni di altre scuole, anche stranieri, che siano temporaneamente ospiti dell'Istituto Scolastico Contraente e/o presso le famiglie degli studenti iscritti alla scuola assicurata, durante la partecipazione alle attività coperte dalla presente assicurazione;
- Alunni diversamente abili purché l'Istituto Scolastico Contraente non sia rivolto prevalentemente ad essi ovvero preveda una forma statutaria per la quale risulti ad essi prevalentemente rivolto;
- Alunni esterni che partecipano ad attività/stage organizzati dall'Istituto Scolastico Contraente od alle quali lo stesso partecipi su iniziativa del M.I.U.R. e degli Uffici Scolastici Regionali o Provinciali;
- Alunni neo iscritti frequentanti il nuovo anno scolastico sino alla scadenza della polizza in corso;
- Alunni nuovi iscritti trasferiti in corso d'anno sino ad un massimo del 3% di quelli iscritti ad inizio anno. Qualora la percentuale di tolleranza venisse superata è previsto il versamento della quota di premio da parte degli alunni nuovi iscritti eccedenti;
- Alunni che hanno versato la quota di premio e che nel corso dell'anno si trasferiscono da un Istituto Scolastico ad un altro e ivi svolgono la normale attività scolastica.
- Ex alunni che frequentano "Tirocini Formativi e di Orientamento" nell'ambito di programmi di inserimento e orientamento al mondo del Lavoro (Legge 196 del 24/06/97, Regolamento n°142 del 25/03/98);
- Genitori degli alunni iscritti e frequentanti quando si trovino all'Interno dell'Istituto Scolastico Contraente o partecipino ad iniziative/progetti/attività regolarmente deliberate e messe in atto dagli Organi Scolastici competenti;
- Genitori degli alunni quando svolgono il ruolo di membri di diritto degli organi collegiali previsti dal D.P.R. n. 416 del 31/05/74 e successivi;

B. OPERATORI SCOLASTICI

Gli Operatori Scolastici, il personale Direttivo, docente e non docente dell'Istituto Contraente e delle persone della cui opera la Scuola si avvale attraverso la stipula di specifici contratti individuali di prestazione d'opera o lavoro dipendente, per fatti commessi nell'esercizio della professione nell'ambito dell'attività Scolastica e durante lo svolgimento degli incarichi conferiti dall'Autorità scolastica purchè attinenti alla qualifica.

Sono assicurati anche:

- Accompagnatori degli alunni e degli alunni con handicap, durante i viaggi d'istruzione, stage, gite, visite guidate, uscite didattiche in genere, settimane bianche, progetto PEDIBUS e progetto BICIBUS, regolarmente identificati;
- Assistenti educatori siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- Assistenti di lingua straniera che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente, nominati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (M.I.U.R.) nell'ambito di progetti di scambi di assistenti di lingua straniera;
- Esperti esterni/prestatori d'opera estranei all'organico della scuola che operano all'interno dell'Istituto Scolastico Contraente in attività deliberate dagli Organi Scolastici competenti e sulla base di regolare contratto di prestazione d'opera o di incarico occasionale a titolo gratuito;
- Insegnanti di sostegno siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera in favore dell'Istituto Scolastico Contraente;
- Operatori Scolastici in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente componenti squadre di prevenzione e pronto intervento ai sensi di Legge, durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- Operatori Scolastici che sostituiscono temporaneamente quelli assicurati che hanno versato la quota di premio;
- Operatori scolastici che hanno versato la quota di premio quando prestano servizio contemporaneamente presso altre Istituzioni Scolastiche ovvero quando vengano trasferiti in corso d'anno presso altre Istituzioni Scolastiche purchè queste ultime risultino assicurate con la medesima Società Assicuratrice.
- Partecipanti a viaggi di istruzione, visite ed uscite didattiche in genere (comprese gite e "settimane bianche"), estranei all'organico della scuola, senza limite numerico. Agli atti della scuola saranno conservati gli elenchi dei partecipanti. La copertura assicurativa è prestata, per ciascun partecipante, fino alla concorrenza dei massimali previsti dalla polizza, avrà la durata del viaggio e sarà relativa ai rischi inerenti lo stesso.
- Personale in quiescenza che svolge attività all'interno dell'Istituto, secondo quanto stabilito dalla Circolare Ministeriale 127 del 14/04/94;
- Presidente della Commissione d'Esame presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- Presidente del Consiglio di Istituto;
- Responsabile della Sicurezza ai sensi del T.U.S.L. (D.Lgs. 81/2008 nuovo Testo unico sicurezza lavoro) in servizio presso l'Istituto Scolastico Contraente durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;

- Revisori dei Conti in missione presso l'Istituto Scolastico Contraente capofila durante l'espletamento delle mansioni riferite alla carica ricoperta;
- Tirocinanti Professionali siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione;
- Uditori ammessi alla frequenza dell'Istituto Scolastico Contraente;
- Volontari che prestano attività a titolo gratuito incaricati durante l'esecuzione di piccoli lavori di giardinaggio e manutenzione del verde (esclusi potature ed abbattimento di alberi) per le necessità della scuola;
- Volontari del servizio civile siano essi dipendenti dello Stato o di Enti Locali che prestano la loro opera all'interno dell'Istituto Scolastico in attività deliberate dagli Organi Scolastici e a supporto degli Operatori Scolastici in servizio presso la scuola assicurata nell'ambito delle attività coperte dall'assicurazione.

Vengono garantiti gli oneri previsti all'art. 6.3 per i sinistri relativi a:

1. Difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni anche connessi alla circolazione stradale esclusivamente in caso di incidenti stradali, salvo il caso in cui sia obbligato un soggetto terzo. Sono comprese le violazioni in materia fiscale e amministrativa.

La prestazione non opera nei seguenti casi:

- *archiviazione nel merito (nella fase istruttoria, per mancanza di danno o nel caso in cui lo stesso sia venuto meno, o in giudizio),*
- *sentenza di assoluzione,*

salvo il caso in cui vi sia conflitto di interessi con l'Ente.

Qualora nei casi di archiviazione nel merito o sentenza di assoluzione, l'Ente abbia pagato solo parzialmente le spese legali, ARAG, previa acquisizione del diniego espresso in forma scritta e motivato da parte dell'Ente Pubblico, provvederà nel limite del massimale di polizza e dell'importo liquidato in sentenza o in altro provvedimento giudiziario a liquidare la quota di spese legali eccedenti non riconosciuta congrua dall'Avvocatura dello Stato.

2. Difesa penale per delitti dolosi, comprese le violazioni in materia fiscale e amministrativa, salvo il caso in cui sia obbligato un soggetto terzo. La prestazione opera purché gli Assicurati vengano assolti con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

Fermo restando l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il sinistro nel momento in cui ne hanno conoscenza, la Società non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

Nei casi in cui il giudizio, anche a seguito di archiviazione e successiva riapertura, si concluda con sentenza definitiva diversa da assoluzione o derubricazione del reato da doloso a colposo, la Società richiederà al Contraente il rimborso di tutti gli oneri eventualmente anticipati per la difesa in ogni grado di giudizio.

L'assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente alla Società la copia della sentenza.

3. Responsabilità Amministrativa avanti la Corte dei Conti. La prestazione garantisce le spese per sostenere la difesa per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per giudizi instaurati avanti la Corte dei Conti nei confronti dell'Assicurato, salvo il caso in cui sia obbligato un soggetto terzo.

La prestazione non opera nei seguenti casi:

- *Archiviazione nel merito (nella fase istruttoria, per mancanza di danno o nel caso in cui lo stesso sia venuto meno, o in giudizio),*
- *sentenza di assoluzione,*
- *condanna per colpa lieve,*

salvo il caso in cui la Corte dei Conti disponga la compensazione delle spese legali o via sia conflitto di interessi con l'Ente.

Qualora nei casi di archiviazione nel merito, sentenza di assoluzione o condanna per colpa lieve, l'Ente abbia pagato solo parzialmente le spese legali, ARAG, previa acquisizione del diniego espresso in forma scritta e motivato da parte dell'Ente Pubblico, provvederà nel limite del massimale di polizza e dell'importo liquidato in sentenza o in altro provvedimento giudiziario a liquidare la quota di spese legali eccedenti non riconosciuta congrua dall'Avvocatura dello Stato.

Fermo restando l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il sinistro nel momento in cui ne hanno conoscenza, la Società non anticiperà alcuna somma nel corso del procedimento e rimborserà le spese di difesa sostenute quando la sentenza sia passata in giudicato.

La Società rimborserà anche le spese eventualmente sostenute nella fase preliminare del processo. La prestazione opera anche prima dell'emissione dell'atto di citazione in giudizio, compreso l'invito a dedurre e l'audizione personale nonché il procedimento cautelare di sequestro. Nel caso in cui le spese legali siano liquidate in sentenza, la Società rimborserà l'importo indicato nella stessa.

4. Richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale per fatti illeciti di terzi, non connessi alla circolazione stradale, anche in caso di costituzione di parte civile nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte.

6.2 Massimale

Le garanzie previste dalla presente Sezione vengono prestate fino al *massimale* di € 50.000,00 per caso assicurativo senza limite alcuno per annualità assicurativa.

6.3 Oggetto dell'assicurazione

1 La Società, alle condizioni della presente sezione e nei limiti del *massimale* convenuto, assicura la *Protezione Legale*, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati in questa stessa sezione.

2 Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo **anche quando la vertenza venga trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione o mediante convenzione di negoziazione assistita;**
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo art. 6.10 comma 4;

- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purchè scelti in accordo con ARAG ai sensi del successivo articolo 6.10 comma 5;
 - le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
 - le spese di giustizia.
 - Il contributo unificato (D. L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.**
 - le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
 - le eventuali spese del legale di controparte, **nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla Società ai sensi dell'Art. 6 comma.**
- 3 E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. 6.8 comma 3.

6.4 Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

- 1 L'Assicurato è tenuto a:
 - regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme fiscali di bollo e di registro, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;
 - ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.
- 2 La Società non si assume il pagamento di:
 - multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
 - spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale);
 - spese per controversie con la Società.
- 3 Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.
- 4 **Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti quota lite conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali.**

6.5 Esclusioni

Salvo quanto diversamente previsto, le prestazioni non sono valide per sinistri relativi:

- a) a fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive. Le garanzie inoltre non sono valide per fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- b) al pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- c) a controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
- d) a fatti dolosi delle persone assicurate;
- e) a fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- f) se il conducente non è abilitato alla guida del *veicolo* oppure se il *veicolo* è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare *assicurazione* obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del *veicolo* in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 24.12.1969 n. 990 e successive modificazioni;

- g) a casi di violazione degli Artt. n. 186 (guida sotto l'influenza dell'alcool), n. 187 (guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti) e n. 189, comma 1 (comportamento in caso d'incidente) del Nuovo Codice della Strada;
- h) a fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;
- i) a vertenze fra *Contraente e/o Assicurato/i*.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

6.6 GESTIONE DEI SINISTRI

La gestione dei sinistri Tutela Giudiziaria è stata dalla *Società* affidata ad **ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia** con sede in Verona, Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona.

Principali riferimenti:

Telefono centralino: 045.8290411,

fax per invio nuove denunce di sinistro: 045.8290557,

mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it,

fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro 045.8290449.

in seguito denominata **ARAG**, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

6.7 Insorgenza del caso assicurativo

- 1 Ai fini della presente Sezione, per insorgenza del caso assicurativo si intende:
 - per l'esercizio di pretese al *risarcimento* di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al *risarcimento*;
 - per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.
- 2 La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità della *polizza*, se si tratta di **esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative**;
- 3 La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla *Società*, nei modi e nei termini del successivo Art. 6.8, entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione del contratto stesso.
- 4 La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'*assicurazione* fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.
- 5 Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:
 - **vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro una o più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;**
 - **procedimenti penali a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.**

In tale ipotesi la garanzia viene prestata a favore di tutti gli Assicurati coinvolti, ma il relativo *massimale* resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

6.8 Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del Legale

- 1 L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.
- 2 In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG, notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa.
- 3 L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei suoi interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.
- 4 Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.
- 5 L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società e/o ARAG.

6.9 Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti concorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

6.10 Gestione del caso assicurativo

- 1 Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
- 2 Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 6.8.
- 3 La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.
- 4 L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.
- 5 L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con ARAG.
- 6 ARAG così come la Società, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.
- 7 In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società e/o ARAG, la decisione può venire demandata, con esclusione delle vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato

di comune accordo dalle *Parti* o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

ARAG avverte l'*Assicurato* del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

6.11 Recupero di somme

- 1 Spettano integralmente all'*Assicurato* i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.
- 2 Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.
- 3 **In ogni caso l'*Assicurato*, ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile, cede ad ARAG tutti i diritti a conseguire da terzi il rimborso delle spese sostenute a qualsiasi titolo, acconsentendo altresì all'esercizio delle relative azioni.**

6.12 Estensione territoriale

Le prestazioni valgono per i sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei territori di seguito indicati:

- in Europa o negli stati extraeuropei posti nel bacino del mare Mediterraneo, per la difesa penale, per la richiesta di risarcimento danni a terzi;
- nella Repubblica Italiana, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino per le vertenze in materia amministrativa.

6.13 Condizioni Aggiuntive

A. Condizione aggiuntiva Tutela della Salute e della Sicurezza nei luoghi di lavoro

La prestazione opera per i casi di contestazione d'inosservanza del D. Lgs. 81/08 e D. Lgs. 106/09 in materia di Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, comprese le successive modifiche o integrazioni normative o regolamentari, esclusivamente per le attività svolte presso il Contraente. Le prestazioni valgono anche qualora il Contraente, in relazione all'attività esercitata, rivesta la qualifica di Committente dei lavori, per:

- la difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni;
- l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, non pecuniarie o pecuniarie di importo pari o superiore a € 250,00 (duecentocinquanta).

In deroga all'art. 6.7 – Insorgenza del caso assicurativo - in riferimento alla difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni, ad eccezione dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, e per l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, il sinistro insorge alla data del compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo o penale.

La prestazione si estende ai sinistri insorti nel termine di 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività da parte dei soggetti assicurati, o loro dimissioni dall'impresa assicurata.

B. Condizione aggiuntiva Sicurezza alimentare

La prestazione opera per i casi di contestazione d'inosservanza del D. Lgs. n. 193/07 in materia di Sicurezza alimentare comprese le successive modifiche o integrazioni normative o regolamentari, per:

- la difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni;
- l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, non pecuniarie o pecuniarie di importo pari o superiore a € 250,00 (duecentocinquanta).

In deroga all'art. 6.7 - Insorgenza del caso assicurativo - in riferimento alla difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni, ad eccezione dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, e per l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, il sinistro insorge alla data del compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo o penale.

La prestazione si estende ai sinistri insorti nel termine di 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività da parte dei soggetti assicurati, o loro dimissioni dall'impresa assicurata.

C. Condizione aggiuntiva Smaltimento rifiuti solidi - Legge Ronchi

La prestazione opera per i casi di contestazione d'inosservanza del D. Lgs. n. 22/77 in materia di Smaltimento rifiuti solidi - Legge Ronchi comprese le successive modifiche o integrazioni normative o regolamentari, per:

- la difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni;
- l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, non pecuniarie o pecuniarie di importo pari o superiore a € 250,00 (duecentocinquanta).

In deroga all'art. 6.7 - Insorgenza del caso assicurativo - in riferimento alla difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni, ad eccezione dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, e per l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, il sinistro insorge alla data del compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo o penale.

La prestazione si estende ai sinistri insorti nel termine di 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività da parte dei soggetti assicurati, o loro dimissioni dall'impresa assicurata.

D. Condizione aggiuntiva Protezione dei dati personali

La prestazione opera per i casi di contestazione d'inosservanza del D. Lgs. n. 196/03 in materia di Protezione dei dati personali, comprese le successive modifiche o integrazioni normative o regolamentari, anche per la difesa dinanzi al Garante nel caso di reclami, segnalazioni e ricorsi. Le prestazioni valgono anche per la difesa avanti le competenti Autorità giurisdizionali civili nel caso in cui siano adempiuti gli obblighi dell'assicuratore di Responsabilità civile, ovvero dopo l'esaurimento del massimale dovuto per spese di resistenza e soccombenza, per:

- la difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni;
- l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, non pecuniarie o pecuniarie di importo pari o superiore a € 250,00 (duecentocinquanta).

In deroga all'art. 6.7 – Insorgenza del caso assicurativo - in riferimento alla difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni, ad eccezione dei reati di omicidio colposo e lesioni personali colpose, e per l'opposizione/impugnazione di provvedimenti o di sanzioni amministrative, il sinistro insorge alla data del compimento da parte della competente Autorità del primo atto di accertamento ispettivo o di indagine, amministrativo o penale.

La prestazione si estende ai sinistri insorti nel termine di 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione dell'attività da parte dei soggetti assicurati, o loro dimissioni dall'impresa assicurata.

SEZIONE KASKO REVISORI DEI CONTI CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

7.1 Oggetto dell'assicurazione

La *Società* indennizza i danni materiali e diretti subiti dalle autovetture intestate al PRA ai Revisori dei Conti o ai loro famigliari conviventi, in occasione del loro utilizzo tra la loro Sede di Servizio e l'Istituto "capofila", ovvero tra detto Istituto e gli altri nell'ambito territoriale di competenza, a seguito di uno dei seguenti eventi:

- **urto, collisione, ribaltamento o uscita di strada durante la circolazione.**

La garanzia è prestata a primo rischio assoluto fino alla concorrenza di € 5.000,00 previa detrazione di uno *scoperto* del 10% col minimo di € 250,00.

La garanzia della presente sezione è operante alle seguenti condizioni:

- a che le missioni siano regolarmente documentate;
- b che le missioni stesse siano riportate sul Registro Ufficiale del *Contraente* tenuto costantemente aggiornato;
- c che nel predetto Registro siano evidenziati, per singola missione, i seguenti dati:
 - 1) generalità del dipendente.
 - 2) targa del *veicolo*.
 - 3) luogo, data ed ora di inizio e termine della missione.
 - 4) percorrenza chilometrica dell'intera missione.

che la denuncia di *sinistro*, presentata dal *Contraente* e sottoscritta anche dall'*Assicurato*, contenga in allegato fotocopia della pagina del Registro da cui risultino i dati relativi alla missione, vidimata dall'Ente.

La garanzia opera per le somme eventualmente eccedenti quelle garantite da analoghe *assicurazioni* stipulate con altre società.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

7.2 OBBLIGHI IN CASO DI *SINISTRO*

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

- a dare avviso del *sinistro* all'Agenzia al quale è assegnata la *polizza* oppure alla sede di Reale Mutua entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza, precisando data, luogo, cause e modalità del fatto, eventuali testimoni, eventuale luogo in cui si trova il *veicolo*;
- b relativamente alle garanzie Guasti, la denuncia deve essere redatta sul modulo di Constatazione Amichevole di Incidente (modulo blu C.A.I.); per tali garanzie, il *sinistro* può altresì essere denunciato contattando, dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00, la *Centrale Operativa* Sinistri Auto al numero verde 800.092.092 (attivo per informazioni 365 giorni all'anno, 24 ore su 24);

Il *Contraente* o l'*Assicurato* non deve provvedere a far riparare il *veicolo* prima che il danno sia stato accertato da Reale Mutua, salvo le riparazioni di prima urgenza.

7.3 DETERMINAZIONE DEL DANNO

In caso di danno parziale, si stima il costo delle riparazioni, costo che è determinato applicando sul prezzo delle parti sostituite il deprezzamento dovuto all'età ed allo stato del *veicolo*. In nessun caso Reale Mutua potrà pagare un importo superiore al *valore commerciale* del *veicolo* al momento del *sinistro*, al netto del valore del *relitto*.

Limitatamente alle autovetture ad uso privato la valutazione del danno parziale, a modifica di quanto sopra previsto, viene effettuata in base ai seguenti criteri:

- qualora il *sinistro* si verifichi entro dodici mesi dalla data di prima immatricolazione, anche se avvenuta all'estero, la determinazione dell'ammontare del danno viene eseguita senza tenere conto del deprezzamento delle parti sostituite;
- qualora il *sinistro* si verifichi entro il quinto anno dalla data di prima immatricolazione, anche se avvenuta all'estero, la determinazione dell'ammontare dei danni parziali relativi alla carrozzeria, alla selleria ed ai vetri o cristalli, viene eseguita senza tenere conto del deprezzamento delle parti sostituite.

Reale Mutua ha la facoltà di fare eseguire le riparazioni occorrenti al ripristino del *veicolo* danneggiato in officina di sua fiducia; del pari ha la facoltà di sostituire il *veicolo* o le parti di esso che siano state rubate, distrutte o danneggiate, in luogo di pagarne l'*indennizzo*, come pure di subentrare nella proprietà dei residui del *sinistro* corrispondendone il controvalore. In caso di *sinistro* verificatosi all'estero il danno verrà indennizzato previa presentazione di regolare fattura o documento equivalente.

7.4 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

Relativamente alla garanzia Guasti, Reale Mutua rinuncia, nei confronti del *conducente* debitamente autorizzato alla guida del *veicolo* e delle persone trasportate sullo stesso, all'esercizio dell'azione di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

SEZIONE FURTO BAGAGLI – ANNULLAMENTO GITE CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

FURTO BAGAGLI - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

8.1 COSA ASSICURIAMO

Qualora l'*Assicurato*, subisca nel corso di gite, visite, viaggi di istruzione, soggiorni, stages, scambi culturali:

- il furto, la rapina, lo scippo del *bagaglio*
- la perdita del *bagaglio* per qualsiasi causa

Reale Mutua indennizza i danni materiali e diretti fino alla concorrenza di:

- € **2.500,00** per singolo *studente*;
- € **10.000,00** per singolo *sinistro/viaggio* che coinvolga più studenti, complessivo per singolo *istituto* e per anno assicurativo.

8.2 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non indennizza i danni:

- a) avvenuti in occasione di incendi, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- b) causati da guerre, insurrezioni, occupazioni militari, sabotaggio organizzato, confische, requisizioni, distruzioni o danneggiamenti per ordine di qualsiasi Governo o Autorità di fatto o di diritto.
- c) determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'*Assicurato*.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

8.3 DENUNCIA DEL *SINISTRO*

L'*Assicurato* deve darne, appena possibile, avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza* o alla sede di Reale Mutua ed allegare alla denuncia del *sinistro*:

- in caso di furto, scippo o rapina copia della denuncia sporta alle locali Autorità Giudiziarie o di Polizia o alle competenti Autorità come sotto specificato.
- In caso di furto, scippo o rapina in aeroporto l'*Assicurato* deve sporgere regolare denuncia al competente ufficio di Polizia dell'aeroporto.
- In caso di furto, scippo o rapina in altri luoghi l'*Assicurato* deve sporgere regolare denuncia alle Autorità Giudiziarie o di Polizia.

8.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione Reale Mutua provvede all'*indennizzo* che viene calcolato tenuto conto del valore a nuovo (costo di rimpiazzo di ciascun bene con altro nuovo od equivalente per rendimento economico).

ANNULLAMENTO GITE/SCAMBI CULTURALI - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

9.1 COSA ASSICURIAMO

La Società rimborsa la somma pagata dall'Assicurato all'organizzatore del viaggio e restata a suo carico, nel caso in cui lo stesso sia impossibilitato a partecipare a gita/viaggio/visita di istruzione/scambio culturale in Italia e all'estero, alle quali l'Assicurato risulti regolarmente iscritto, a seguito di:

- infortunio che, in base a referto medico, comporti una convalescenza durante i giorni di effettuazione della gita/viaggio/visita di istruzione;
- malattia improvvisa risultante da certificazione medica e che impedisca la partecipazione alla gita/viaggio/visita d'istruzione/scambio culturale.

In ogni caso, il rimborso verrà effettuato solo a condizione che non sia possibile recuperare la somma versata dall'Assicurato. L'operatività della garanzia è subordinata alla presentazione, da parte dell'Istituto Scolastico Contraente, di idonea documentazione attestante il mancato recupero di tale somma.

Reale Mutua rimborsa le somme pagate fino alla concorrenza di:

- € **500,00** per singolo *studente*;
- € **1.500,00** per singolo *sinistro/viaggio* che coinvolga più studenti, complessivo per singolo *istituto* e per anno assicurativo.

9.2 COSA NON ASSICURIAMO

Reale Mutua non rimborsa le somme pagate per rinunce dovute a:

- a) ricoveri od interventi sanitari che siano la conseguenza diretta di situazioni patologiche note all'Assicurato alla data di inizio della copertura e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- b) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- c) aborto volontario;
- d) malattie correlate a sindrome da immunodeficienza acquisita;
- e) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità Pubblica competente;
- f) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- g) 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;
- h) quarantene.
- i) abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- j) reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- k) suicidio od il tentato suicidio;
- l) 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;
- m) 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.

OPERATIVITÀ E DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre dal momento della prenotazione del viaggio e fino alla fruizione del primo servizio contrattualmente convenuto.

SEZIONE INDENNITARIA COVID-19 CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

10.0 CHI ASSICURIAMO

Reale Mutua assicura gli allievi regolarmente iscritti presso l'Istituto Scolastico *Contraente* e il personale docente e non docente che aderisce. Possono altresì aderire alla *polizza* il personale esterno del quale la Scuola si avvale ed i frequentanti i corsi post-diploma e IFTS realizzati dagli Istituti Superiori.

10.1 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Il *Contraente* è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli allievi iscritti.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti obbligatoriamente dalla Direzione dell'Istituto Scolastico, la quale si impegna ad esibirli in qualsiasi momento, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla *Società* di svolgere accertamenti e controlli. Relativamente al personale, qualora non si assicuri la totalità, si farà riferimento all'elenco nominativo di coloro che hanno aderito all'*assicurazione*; detto elenco farà parte integrante del contratto.

Qualora nel corso dell'anno scolastico si aggiungano altri *Assicurati*, il *Contraente* comunica all'Agenzia a mezzo Raccomandata o Telefax, l'elenco nominativo delle persone da inserire in garanzia. La garanzia sarà operante a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stata effettuata la comunicazione.

Il *premio* della sezione indennitaria COVID-19 viene fissato inizialmente su un numero provvisorio di *Assicurati*. Successivamente l'Agenzia provvederà ad emettere apposita appendice in base alle variazioni pervenute per la regolarizzazione amministrativa ed il relativo pagamento. Relativamente agli allievi non si effettueranno conguagli in caso di variazione inferiore al 7%.

Per quanto riguarda il personale che opera in più sedi o Istituti, e che ha aderito alla copertura infortuni, si precisa che la garanzia è operante in tutta l'attività compresi i necessari spostamenti tra una sede e l'altra.

Gli *Assicurati* che, nel corso dell'anno scolastico, si trasferiscono ad altri Istituti sono garantiti, con la presente copertura, anche nella nuova sede.

Il *Contraente* può rilasciare all'interessato una dichiarazione in merito; eventuali infortuni devono essere denunciati a Reale Mutua per il tramite del *Contraente* con le informazioni del caso.

Si intendono assicurati i docenti e non docenti già in garanzia nell'anno scolastico precedente con le polizze surrogate o sostituite dalla presente, ed il personale inserito per la prima volta nell'organico dell'Istituto (compresi i supplenti annuali), dall'inizio dell'anno scolastico ovvero dall'entrata in servizio nell'Istituto. Detta garanzia è prestata per un periodo di 120 giorni, dalla decorrenza della presente copertura, a condizione che sia confermata l'adesione; in caso contrario la garanzia non ha valore.

10.2 RISCHI ASSICURATI

La copertura si intende operante esclusivamente a seguito di infezione da virus SARS-Cov-2 e positività al Covid-19 (Coronavirus) diagnosticata in Italia successivamente alla decorrenza della copertura e per ricoveri successivi alla decorrenza della copertura stessa.

Nessuna prestazione spetta in caso di *isolamento fiduciario* dell'Assicurato,

Reale Mutua indennizza gli Assicurati in caso di ricovero in istituto di cura causato da infezione da SARS-Cov-2 a cui segua diagnosi di positività al Covid-19 (Coronavirus) successiva alla decorrenza della presente copertura, mediante erogazione delle seguenti prestazioni:

- A** un indennizzo pari a € 200,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura a causa di positività al Covid-19 e il ricovero abbia durata inferiore o pari a 7 giorni.
- B** un indennizzo pari a € 300, qualora l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura a causa di positività al Covid-19 e il ricovero abbia durata superiore a 7 giorni.

L'indennizzo viene corrisposto successivamente alla dimissione per guarigione.

In ogni caso, il massimo esborso complessivo per polizza non potrà eccedere € 1.000.000 nell'intero periodo assicurativo.

DELIMITAZIONI DELLA OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

10.3 ESCLUSIONI

Reale Mutua non presta le garanzie previste in polizza per:

- a) i ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della polizza;
- b) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- c) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione;
- d) le conseguenze dirette ed indirette di eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- e) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) le conseguenze di atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) ricoveri in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere, salvo che tali strutture siano,

anche provvisoriamente, adibite su autorizzazione del Servizio Sanitario Nazionale alla cura in regime di ricovero dei pazienti con positività al COVID-19;

- h) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;**
- i) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;**
- j) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.**

10.4 PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni.

Per i soggetti che compiono i 70 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine del periodo assicurativo e pertanto non si darà seguito al rimborso del premio che si considera acquisito.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito da Reale Mutua.

La copertura inoltre non opera per i volontari che eventualmente prestino servizio per conto del Contraente.

CONDIZIONI CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

10.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

La denuncia deve contenere i dati anagrafici dell'Assicurato ed essere corredata da cartella clinica completa del ricovero.

Reale Mutua ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate da Reale Mutua di eseguire gli accertamenti.

In ogni caso l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:

- consentire ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da Reale Mutua o suoi incaricati, fornendo ogni informazione del caso;**
- sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.**

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

10.6 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Reale Mutua, ricevuta la documentazione necessaria e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

10.7 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e Reale Mutua, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

- A **mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le parti;**
- B **mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione prevista dal precedente alinea, oppure in alternativa ad essa. I primi due componenti del Collegio sono designati dalle parti stesse e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla 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. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.**

10.8 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Reale Mutua rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Cod. Civ. verso i terzi responsabili della malattia.

COMMISSIONE DI GARANZIA DELL'ASSICURATO

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

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

- a) Non esistono altre assicurazioni per i medesimi rischi assicurati con la presente *polizza*;
- b) Non sono stati annullati contratti inerenti le garanzie prestate con la presente *polizza*;

Ogni modifica od integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare nello spazio sottostante.

APPENDICE 1 – NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

L'anestesia locale è compresa nelle prestazioni, laddove necessaria.

VISITA SPECIALISTICA - IGIENE ORALE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
1	Prima visita con "Progetto di cure" - preventivo di spesa		Massimo 1 volta l'anno	€ 30,00	€ 30,00

RADIOLOGIA ODONTOIATRICA E FOTOGRAFIE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
2	Ortopantomografia di una o entrambe le arcate dentarie pre e post-cure	Fototimbro o pennarello indelebile sull'O.P.T. (nome, cognome, data)	Massimo 2 volte l'anno	€ 30,00	€ 30,00
3	Rx endorale periapicale: devono essere visibili almeno 3 elementi dentari contigui o la zona anatomica contigua (lastrine 4 x 3)	Nome, cognome, e data con pennarello indelebile sul porta lastrine	Al massimo 3 lastrine pre-cure e 3 lastrine post-cure, unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 12,00	€ 12,00
4	In alternativa ad O.P.T. e/o Rx endorale periapicale: fotografia o immagine video intraorale	Pennarello indelebile sulle foto che indichi nome, cognome e data; se fotografie digitali medesimi riferimenti scritti con il computer. Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobranca	Al massimo 3 fotografie pre-cure e massimo 3 fotografie post-cure o 2 fotografie intraorali occlusali pre e post-cure in caso di grandi riabilitazioni; unicamente in riferimento alle prestazioni richieste	€ 5,00	€ 5,00

PARODONTOLOGIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
5	Bloccaggio interdentale - per emiarcata (qualsiasi materiale utilizzato)		Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 130,00	€ 130,00

CHIRURGIA ORALE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
6	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso, comprensivo dell'eventuale posizionamento di viti transmuose (qualsiasi tipo), per trazione elementi		Mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 110,00	€ 110,00

	infraocclusione o parzialmente erotti, compresa la prestazione dell'ortodontista per l'ancoraggio - per elemento				
7	Avulsione (estrazione) semplice o complessa di dente o radice, o rimozione semplice o complessa di fixture in titanio - per elemento - per fixture (per qualsiasi numero di radici di elementi pluriradicoliati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 50,00	€ 50,00
8	Avulsione (estrazione) chirurgica di dente o radice in inclusione ossea parziale o totale, o germectomia, o rimozione di fixture in titanio in inclusione ossea - per elemento per fixture (per qualsiasi numero di radici incluse di elementi pluriradicoliati scoronati)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 90,00	€ 90,00

CONSERVATIVA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
9	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 30,00	€ 30,00
10	Intarsi in oro o ceramica (e similari) inlay-onlay-overlay compreso provvisorio - per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento. Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	€ 400,00	€ 400,00
11	I classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a II - III - IV classe) - Reincollaggio trattamento dente		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00	€ 65,00
12	II classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - III - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00	€ 80,00
13	III classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - IV classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00	€ 65,00
14	IV classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento (non associabile a I - II - III classe)		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 80,00	€ 80,00
15	V classe di Black - qualsiasi materiale da otturazione - per elemento		Non ripetibile prima di 3 anni per lo stesso elemento	€ 65,00	€ 65,00
16	Ricostruzione del dente con perni endocanalari - per elemento (qualsiasi tipo e metodica)		Non ripetibile prima di 3 anni per stesso elemento	€ 110,00	€ 110,00

ENDODONZIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
17	Trattamento endodontico monocanalare - per elemento (1 canale - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 90,00	€ 90,00
18	Trattamento endodontico bicanalare - per elemento (2 canali - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 150,00	€ 150,00
19	Trattamento endodontico tricanalare o più - per elemento (3 canali o più - compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 200,00	€ 200,00
20	Asportazione tessuto pulpare parziale o totale ed eventuale otturazione della camera pulpare - per elemento (qualsiasi numero di canali)		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 70,00	€ 70,00
21	Ritattamento endodontico rimborsabile per massimo 3 canali - per elemento (compresa otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale preendodontica) - comprese Rx endorali		Una volta, mai ripetibile per lo stesso elemento	€ 100,00	€ 100,00

GNATOLOGIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
22	Molaggio selettivo parziale o totale. Massimo 1 seduta		Non ripetibile prima di 1 anno	€ 90,00	€ 90,00
23	Bite plane, o orto bite, o bite garde	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 2 anni	€ 300,00	€ 300,00

PROTESI FISSE E RIMOVIBILI

PROTESI FISSE

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
24	Elemento a giacca in resina – per elemento definitivo	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 240,00	€ 240,00
25	Elemento fuso in lega preziosa o lega preziosa e faccetta in resina o lega preziosa e faccetta in resina fresata, o elemento metallo-composito, o elemento metallo-resina - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 400,00	€ 400,00
26	Elemento metallo-ceramica o metal free o AGC e porcellana - qualsiasi tipo - per elemento	Vedi procedure previste nelle premesse specifiche della sottobrancha. Vedi anche cod. 2, cod. 3, cod. 4 e cod. 5	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 600,00	€ 600,00
27	Elemento in resina provvisorio – per elemento		Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 60,00	€ 60,00
28	Elemento in resina provvisorio rinforzato – qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione dello stesso elemento, non ripetibile prima di 5 anni	€ 80,00	€ 80,00
29	Perno moncone fuso in lega preziosa o lega non preziosa o ceramici (qualsiasi tipo) – per elemento	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 180,00	€ 180,00
30	Rifacimento moncone protesico – qualsiasi materiale - per elemento	Rimborsabile esclusivamente in caso di protesizzazione pregressa o contestuale di un elemento dentario	Non ripetibile prima di 5 anni per lo stesso elemento	€ 140,00	€ 140,00
31	Rimozione corone o perni pre-esistenti – qualsiasi tipo (per singoli elementi/pilastrini – per singoli perni) - non sono rimborsabili gli elementi intermedi eventualmente presenti		Non ripetibile prima di 5 anni	€ 45,00	€ 45,00
32	Riparazione di faccette in resina o ceramica		Non ripetibile prima di 2 anni	€ 35,00	€ 35,00

PROTESI RIMOVIBILI

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
33	Provvisorio mobile - Struttura parziale rimovibile provvisoria (qualsiasi tipo) - per emiarcata – completa di ganci ed elementi dentari	Comprovato da copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo 1 volta per la protesizzazione della stessa emiarcata. Non ripetibile prima di 5 anni per la stessa emiarcata	€ 280,00	€ 280,00

ORTODONZIA

COD.	NOMENCLATORE	PROCEDURE NECESSARIE PER LA VALUTAZIONE	LIMITI TEMPORALI E/O AMMINISTRATIVI	IMPORTO MASSIMO CENTRI CONVENZIONATI	IMPORTO MASSIMO CENTRI NON CONVENZIONATI
34	Terapia ortodontica di mantenimento – per massimo 1 anno (contenzione fissa o mobile) – qualsiasi numero di arcate – da trauma	Se la contenzione è eseguita da laboratorio copia certificazione del laboratorio odontotecnico	Per massimo 1 anno, mai ripetibile	€ 300,00	€ 300,00