

CAPITOLATO SPECIALE

POLIZZA INFORTUNI ALUNNI

Comune di Salassa

CONTRAENTE	COMUNE DI SALASSA CANAVESE
CF	03702990015
INDIRIZZO	Piazza Umberto 1°, 5 10080 – Salassa (TO)

CIG	ZD72A1EE53
------------	-------------------

EFFETTO: ore 24.00 del 31/10/2019

SCADENZA I RATA: ore 24.00 del 31/12/2020

SCADENZA: ore 24.00 del 31/12/2022

SITUAZIONE SINISTRI ULTIMI 5 ANNI

NESSUNO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI di POLIZZA

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato.

ASSICURATO: E' il soggetto fisico in favore del quale viene prestata la garanzia assicurativa ed il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Nella fattispecie rivestono la qualifica di assicurato indistintamente tutti gli iscritti alla Scuola Elementare del Comune di Salassa.

ASSICURAZIONE: Il contratto stipulato fra le parti.

BENEFICIARIO: E' la persona o le persone designate in polizza a percepire l'indennizzo. In assenza di specifica designazione i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

BROKER: Green s.r.l. Independent Insurance Brokers con sede in Favria Piazza Martiri della libertà, 30.

COMPAGNIA: La società di Assicurazione.

CONTRAENTE: Il soggetto fisico o giuridico che stipula il contratto, intrattiene i rapporti con la Compagnia ed adempie agli obblighi previsti dal contratto stesso, salvo quelli che per loro natura incombono all'Assicurato (se persona diversa).

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

DIARIA: Somma assicurata per ogni giorni di inabilità

FRANCHIGIA: La parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO: La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INFORTUNIO: L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.

INVALIDITA' PERMANENTE: Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile, della generica capacità dell'assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA: Istituto Universitario, Ospedale, Casa di cura, Day hospital regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche.

PERIODO D'ASSICURAZIONE: Ogni periodo di dodici mesi o frazione d'anno nel corso della durata della polizza, coincidente con la data di inizio e quella di scadenza.

POLIZZA: Documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

RICOVERO: Permanenza in Istituto di cura per pernottamento.

RISARCIMENTO: La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

RISCHIO: La probabilità che si verifichi un sinistro in relazione all'attività svolta dall'assicurato.

SINISTRO: Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Per analogia è la richiesta di risarcimento inviata all'Assicurato e /o al Contraente.

SPESE MEDICHE: Agli effetti della presente assicurazione si intende il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato. O di chi per esso, relativamente a :

- ✓ Spese mediche farmaceutiche
- ✓ Esami di laboratorio
- ✓ Cure e terapie
- ✓ Interventi chirurgici
- ✓ Ricoveri in ospedali o cliniche anche non convenzionate qualora l'infortunio sia avvenuto in località non dotata di presidi sanitari pubblici e/o convenzionati, ovvero in tutti i casi di obiettivo impedimento e/o comprovate ed immediate esigenze di ordine terapeutico.

SEZIONE B – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 2 – Effetto, Scadenza, durata e rescindibilità annuale

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto mediante appendice sottoscritta dalle Parti.

Art. 4 – Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dal denunciare altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati abbiano stipulato o stipulino in proprio con altre compagnie.

Art. 5 – Clausola Broker

Il contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto a Green srl Independent Insurance Broker, e di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker stesso. Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Compagnia. Resta intesa l'efficacia liberatoria, anche in base ai termini dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta al Broker, nel nome e per conto del contraente si intenderà come fatta dal contraente. Parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla compagnia, fermo restando l'obbligo del Broker al pronto inoltro della comunicazione stessa.

Il Contraente si impegna a comunicare agli assicuratori l'eventuale revoca del mandato.

Il pagamento del premio effettuato in buona fede al Broker o dai suoi collaboratori si considererà come effettuato direttamente alla Compagnia di assicurazione ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs.209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati ai sensi degli art. 120 e 121 del D.Lgs. 209/2005 comma 2 del Regolamento ISVAP n° 5/2006

Art. 6 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione al Broker di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 7 - Diminuzione del rischio

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

Art. 8 – Cessazione del rischio

In caso di cessazione del rischio il contratto si scioglie (art. 1896 del Codice Civile) e pertanto la singola polizza pertinente al rischio cessato viene annullata. La Compagnia rimborserà al Contraente al netto delle imposte, la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 09 – Assicurazione per conto di chi spetta

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Compagnia e dall'Assicurato, né azione alcuna per impugnare la perizia, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dall'Assicurato. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio, non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Art. 10 – Facoltà bilaterale di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Compagnia ed il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni e la Compagnia, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Art. 12 – Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza del Contraente.

Art. 13 - Rinvio alle Norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le Norme di legge della Repubblica Italiana.

Art. 14 – Persone assicurabili

Sono assicurabili, nella fattispecie indistintamente tutti gli iscritti alla Scuola Elementare del Comune di Salassa e la Compagnia rinuncia alla preventiva identificazione delle persone assicurate.

Il Contraente tuttavia dichiara che per ogni persona da tenere in garanzia esistono registri e documenti ufficiali, obbligatoriamente tenuti dalla Scuola, che possono comprovare la qualifica di Assicurato. Detti registri o documenti sono a disposizione della compagnia per verifiche e controlli anche in assenza di sinistri.

Art. 15 – Somme Assicurate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ogni persona assicurata fruisce delle garanzie di seguito descritte :

- in caso di Morte: € 50.000,00 (cinquantamila/00) agli eredi dell'Assicurato;
- in caso di Invalidità Permanente: € 75.000,00 (settantacinquemila/00);
- in casi di Ricoveri ospedalieri: una diaria di € 50,00 (cinquanta/00) per ogni giorno di ricovero con il massimo di giorni 200;
- rimborso spese mediche sino ad € 5.000,00 (cinquemila/00);
- rimborso spese trasporto sino ad € 500,00 (cinquecento/00);
- protesi dentarie sino ad € 2.500,00 (duemilacinquecento/00);
- spese relative all'acquisto di lenti sino ad € 400,00 (quattrocento/00).

SEZIONE D – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 16 – Identificazione dell'Assicurazione (rischio base da assicurare)

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle seguenti attività :

- ogni attività didattica, ricreativa, ginnico-sportiva, assistenziale o comunque connessa alla partecipazione a qualsiasi forma di vita parascolastica esercitata in qualsiasi periodo dell'anno, purchè promossa dal Comune medesimo, dai Consigli di circolo o di istituto, o che comunque avvenga con il consenso degli stessi organismi;
rischio in itinere, intendendosi per tale ogni spostamento dell'Assicurato dal momento in cui lascia la propria abitazione per accedere alle attività indicate in precedenza, a quando vi rientra. Tali spostamenti possono avvenire sia a piedi che con mezzi di trasporto pubblici o privati; sono incluse le gite, i campi estivi con o senza pernottamento, le escursioni, le visite e quant'altro di pertinente, il tragitto percorso dagli alunni per recarsi dall'edificio scolastico alla mensa e al parco giochi.

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente e/o un'inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia :

- a) imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- b) aggressioni od atti violenti, qualunque ne sia il movente, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte volontariamente;
- c) Eventi catastrofali (terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, allagamenti, ecc);
- d) infortuni sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- e) l'asfissia non dipendente da malattia;
- f) l'avvelenamento acuto e le tensioni derivanti da ingestione od assorbimento di sostanze;
- g) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo;
- h) le conseguenze obiettivamente constatabili di calci, morsi o punture di animali o insetti.
- i) le lesioni conseguenti a sforzi muscolari aventi carattere traumatico e qualsiasi tipo di ernia direttamente collegabile con l'evento traumatico.
- j) le conseguenze di strappi muscolari, le rotture sottocutanee, tendinee e muscolari

Art. 17 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo

Art. 18 – Regolazione del premio

Il premio della presente polizza è convenuto per capitali prestabiliti in forma numerico anonima, in funzione del numero degli assicurati.

Il premio viene anticipato in via provvisoria secondo i conteggi esposti in polizza , ed è regolato alla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata contrattuale secondo le variazioni intervenute nel medesimo periodo. A tale scopo il Contraente deve fornire alla Compagnia, entro i 90 (novanta) giorni successivi la scadenza del periodo assicurativo o del contratto, tutti i dati necessari, cioè deve indicare il numero definitivo degli iscritti alla Scuola Elementare del Comune di Salassa.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere saldate entro 60 (sessanta) giorni dalla relativa comunicazione da parte della Compagnia.

Se in Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati occorrenti ed il pagamento del conguaglio dovuto alla Compagnia, questa deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 60 (sessanta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria viene considerato in conto e garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione ed il pagamento del conguaglio e l'assicurazione rimane sospesa fino alle ore 24,00 del giorno in cui il Contraente non adempie ai propri obblighi. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio nei termini sopra citati, la Compagnia è obbligata per le richieste di risarcimento presentate nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione in maniera proporzionale al mancato incasso.

La Compagnia ha il diritto di effettuare verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 19 – Esonero denuncia altre infermità

Il Contraente è esonerato dal denunciare infermità, difetti fisici, o mutilazioni, da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire. Gli Assicurati sono pertanto inclusi in garanzia indipendentemente dalle loro condizioni fisiche e di salute.

Nel caso di eventuali infortuni, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali di cui alla tabella prevista dall'allegato n° 1 del D.P.R. n° 1.124 del 30/06/1965 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente.

Art. 20 – Caso Morte

L'indennizzo per il caso morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Compagnia corrisponderà ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove quest'ultima risulti maggiore.

Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Compagnia liquida ai beneficiari la somma assicurata entro 30 (trenta) giorni dalla dichiarazione di morte presunta come previsto dagli art. 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo che la Compagnia ha pagato l'indennizzo risulta che l'Assicurato è ancora in vita, la Compagnia avrà diritto, entro 15 (quindici) giorni dalla richiesta, alla restituzione da parte dei beneficiari della somma pagata.

Resta inteso che l'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo previsto in polizza per altri casi eventualmente assicurati.

Art.21 – Invalidità Permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di invalidità Permanente è accertato facendo riferimento alle percentuali stabilite dall'allegato n° 1 al D.P.R. 1124 del 30.06.1965 e seguendo i criteri qui esposti:

- a) Di detta tabella si utilizzano, ove previsto, le percentuali riferite alla sola parte destra, abolendo qualsiasi distinzione tra parte destra e sinistra del corpo;
- b) La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla sopra citata tabella INAIL vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
- c) Qualora l'infortunio determini menomazione di uno o più distretti anatomici e/o particolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.
- d) Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più parti di organi od arti in uno stesso infortunio, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.
- e) Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella INAIL, l'indennizzo si stabilisce in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della generica capacità lavorativa futura dell'Assicurato.
- f) In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella valutazione del grado di Invalidità Permanente le percentuali di cui sopra saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile ai beneficiari, eredi o aventi causa. Se tuttavia l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite dopo che l'indennizzo per Invalidità Permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata la Compagnia paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

La presente garanzia viene prestata senza applicazione di franchigia.

Art.22 – Diaria da ricovero

In caso di ricovero reso necessario da infortunio, la Compagnia risponde la diaria indicata all'art. 15. Per ricoveri in istituti di cura (pubblico o privato) si conteggeranno i pernottamenti, mentre per le degenze in regime di Day Hospital il primo e l'ultimo giorno saranno conteggiati come uno solo.

Art.23 – Rimborso spese mediche

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Compagnia rimborsa, fino alla concorrenza di quanto indicato all'art. 16 dietro presentazione in originale della relativa documentazione, per ogni infortunio, le spese :

- Sostenute per ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico, il rimborso delle spese per gli diagnostici, l'assistenza medica, le cure, i medicinali e le rette di degenza, riguardanti il periodo di ricovero.
- Sostenute per assistenza medica ed infermieristica, onorari dell'equipe che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria, materiali di intervento (comprese le endoprotesi), accertamenti diagnostici, trattamenti riabilitativi, rette di degenza;
- Sostenute nei 60 (sessanta) giorni prima del ricovero per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici; sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura per accertamenti diagnostici, visite specialistiche, trattamenti riabilitativi. Le spese di cui al presente comma sono rimborsate nella misura del 70%, restando il rimanente 30% a carico dell'Assicurato, ad eccezione dei tickets del S.S.N., che sono integralmente rimborsati purchè di importo complessivo non inferiore a € 25,00 (venticinque/00) che rimangono a carico dell'assicurato;
- Sostenute per l'intervento riparatore del danno estetico dovuto ad infortunio, provato dalla cartella clinica descrittiva rilasciate da un Pronto Soccorso. Dette spese sono rimborsabili fino alla concorrenza di € 5.000 (cinquemila/00) purchè l'intervento di chirurgia ricostruttiva avvenga entro 2 (due) anni dall'infortunio;
- spese di trasporto all'ospedale o clinica su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso;
- Sostenute per l'acquisto di lenti e/o occhiali (compresa la montatura fino ad € 100,00 (cento) di spesa resisi necessari da variazione della capacità visiva dell'Assicurato causata da infortunio. Il rimborso è effettuato fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 15;
- Sostenute per il trasporto dell'Assicurato al luogo di cura o di soccorso con mezzi adeguati alle condizioni di salute dell'Assicurato stesso. Il rimborso avviene nella misura del 70%, restando il rimanente 30% a carico dell'Assicurato, e fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 15 e fino alla concorrenza di € 2.500,00 (duemilacinquecento/00) se l'emergenza richiede l'intervento dell'eliambulanza;
- Sostenute in caso di rottura dei denti, fino ad € 300,00 (trecento/00) per dente a titolo di rimborso per le prime spese di cura e protesi, complessivamente fino alla concorrenza della somma indicata all'art. 15 per più denti. Sono escluse dalla garanzia le protesi già applicate.

Art.24 – Buona fede

La mancata comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze aggravanti il rischio, così come le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione della polizza, non comporteranno decadenza del diritto di risarcimento né riduzione dello stesso, sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute in buona fede. La Compagnia ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata previa trattativa tra le parti con la mediazione del Broker.

Art.25 – Colpa grave

La Compagnia risponde dei danni derivanti dagli eventi per i quali è prestata la garanzia determinati con colpa grave dell'Assicurato , dolo e colpa grave del dipendente del contraente, degli Amministratori dell'Ente, degli Insegnanti e altro personale scolastico, nonché di tutti coloro che occupino locali e/o insediamenti, oppure esercitino attività, purchè legittimamente autorizzati dallo stesso Contraente.

Art.26 – Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa nei confronti dei terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE E – GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 27 – Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso alla Compagnia entro 30 (trenta) giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. Se il fatto è mortale occorre immediatamente inviare un telegramma.

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio, il luogo, il giorno, l'ora, le cause che lo hanno

determinato.

Essa deve essere corredata dal certificato medico contenente la prognosi circa la ripresa, anche solo parziale, dell'attività da parte dell'Assicurato. Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. L'accertamento di eventuali postumi d'invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

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 dall'Istituto di cura o dal medico che ha effettuato l'intervento.

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

L'assicurato, i suoi famigliari e gli aventi diritto devono consentire la visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'assicurato stesso.

Art. 28 – Controversie sulla natura e conseguenza delle lesioni

In caso di divergenza sul nesso casuale tra l'evento e lesione, sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura, si procederà mediante arbitrato di un collegio medico.

I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle parti ed il terzo con l'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi 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 remunererà 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono sempre vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 29 – Liquidazione e pagamento

Ricevuta la necessaria documentazione, la Compagnia, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso delle spese di cura effettuate all'estero verrà eseguito al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 30 – Comunicazione sullo stato dei sinistri da parte della Compagnia

La Società si impegna a garantire al Contraente / Assicurato ed al Broker l'accesso all'Ispettorato Sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via telefax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Broker, con cadenza semestrale, una comunicazione scritta che riporti lo stato dei sinistri, denunciati ed aperti, con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di avvenimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato, con relativo importo;
- sinistro aperto, in corso di verifica;
- sinistro aperto, con comunicazione dell'importo a riserva;
- sinistro chiuso senza seguito.

Numero (preventivo) di Alunni assicurati: 50-----