

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA 1/2474/77/107671795
 AGENZIA NAPOLI CODICE SUBAGENZIA 531

Contraente/Assicurato ANIEF ASS.NE SINDACALE
Domicilio VIA VALDEMONE, 57 - 90144 PALERMO - PA
Codice Fiscale 97232940821

Effetto polizza	05/01/2015
Scadenza polizza	31/12/2016
Scadenza prima rata	31/03/2015
Pagamento premio	TRIMESTRALE
Tacito rinnovo	SI
Convenzione	SI
Vincolo	NO

Le tasse sono calcolate secondo le aliquote vigenti.

(*) Informazioni ai fini fiscali

Ai sensi del vigente art.15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86, si dichiara che il premio versato dal Contraente per la copertura del rischio di Morte da infortunio e/o Invalidità Permanente non inferiore al 5% da qualsiasi causa derivante risulta di Euro **6.729,05**.

DATI CONTRATTUALI - GARANZIE PRESTATE - PREMI ANNUI

FORMA DI GARANZIA : INFORTUNI 24 ORE SU 24 PER PROFESSIONE

N. Gruppi Assicurati 1

RIEPILOGO GARANZIE PRESTATE E PREMI ANNUI

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol
 UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/2474/77/107671795
NAPOLI

CODICE SUBAGENZIA

531

Gruppo n. 1

N. persone assicurate 7.000

Professione PERSONALE SCOLASTICO

PERSONE ASSICURATE: 7.000

CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI

Il testo relativo alle Condizioni Particolari operanti, se non specificato, è riportato nel Fascicolo Informativo.

13 - LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente piu' persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potra' comunque superare l'importo sottoindicato. Qualora le indennita' liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

-Massimo risarcimento complessivo Euro 3.000.000,00

80 - REGOLAZIONE PREMIO

ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

CONDIZIONI PARTICOLARI OPERANTI

Il presente contratto:

- E' emesso alle condizioni previste dalla convenzione assicurativa CONVENZIONE SCUOLE
- E' integrato dall'allegato contenente descrizioni specifiche per il rischio e/o condizioni aggiuntive.

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

1036

Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/2474/77/107671795
NAPOLI

CODICE SUBAGENZIA 531

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo edizione 01/04/2004 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo edizione 01/04/2004, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nella sezione dedicata nonché le eventuali integrazioni contenute nell'ALLEGATO di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate;

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione.

UnipolSai
UN PRODOTTO ASSICURATIVO S.p.A.
Un Agente Generale Procuratore

Il Contraente

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa privacy di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali), anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'informativa, nonché a un eventuale loro trasferimento all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE), nei limiti e per le finalità indicate nell'informativa.

Il Contraente

Polizza emessa il 17/12/2014

Il premio della rata alla firma è stato pagato il _____

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza trimestrale

L'Agente o l'Incaricato

UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol

1036

Allegato a Polizza
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA
Parte B

NUMERO POLIZZA	1/2474/77/107671795	CODICE SUBAGENZIA	531
AGENZIA	NAPOLI		

Contraente/Assicurato ANIEF ASS.NE SINDACALE
Domicilio VIA VALDEMONE, 57 - 90144 PALERMO - PA
Codice Fiscale 97232940821

Il Contratto è emesso secondo le condizioni dell'allegata Convenzione "Infortuni ANIEF".

CLAUSOLA BROKER

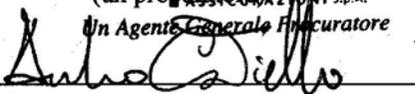
Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker NOVAPROMO e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker NOVAPROMO S.p.A. il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker si intenderanno come fatte all'Impresa.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al Broker, anche per il tramite dei suoi Collaboratori del cui operato espressamente risponde, si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs 209/2005.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un gruppo UnipolSai S.p.A.)
Un Agente Generale Finanziatore



Il Contraente

DEFINIZIONI

I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:

COMPAGNIA E/O SOCIETÀ

Compagnia Assicuratrice UnipolSai S.p.A.

ASSICURATO

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza, l'Associato ANIEF per motivi professionali.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

POLIZZA

il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta alla Compagnia.

RISCHIO

La probabilità del verificarsi del sinistro.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

SFORZO

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

RICOVERO

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

INGESSATURA

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

ISTITUTI DI CURA

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

1. NORME CONTRATTUALI COMUNI

1.1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

1.3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

1.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

1.5 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

1.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

1.7 TACITA PROROGA DELLA POLIZZA

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno **2 mesi** prima della scadenza, la polizza è prorogata per un anno, e così successivamente di anno in anno.

1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al **60^o** giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In tal caso la Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

1.9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.10 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la polizza.

1.11 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.

2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A)

RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'Assicurazione di cui alla presente polizza vale per gli infortuni derivanti esclusivamente in ambito lavorativo da tutte le attività professionali scolastiche e parascolastiche che colpissero gli Assicurati (gli associati all'ANIEF per motivi professionali), tali attività devono essere organizzate e/o autorizzate dall'Istituto presso cui è espletata l'attività professionale, sia all'interno che all'esterno dei locali dove vengono svolte le lezioni (gite ricreative ed educative, stages, attività ginniche, giochi della gioventù, ecc.), in qualunque orario ed in qualunque giorno, compresi i festivi, per tutta la loro durata anche se si protraesse di varie ore rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché siano autorizzate dal Consiglio di Circolo/Istituto o dal Direttore/Dirigente Scolastico.

In garanzia è compreso inoltre il tragitto da casa all'Istituto Scolastico e viceversa, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio delle lezioni o dell'attività esterna ed un'ora dopo il termine delle stesse, compreso l'eventuale tragitto per il trasferimento del personale che svolga servizio presso più Istituti Scolastici e/o Sedi.

2.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto 2.18 (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

2.3 RISCHIO VOLO

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

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

2.4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il tempo di permanenza dell'Assicurato in loco, se ed in quanto l'Assicurato risulta essere in loco al momento dell'evento.

2.5 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

2.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

2.7 RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) derivanti dalla guida di veicoli; derivanti dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto 2.3 (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idroski, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici;
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto 2.4 (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

- i) gli infarti;
- l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

2.8 LIMITI DI ETÀ

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri.

2.9 PERSONE NON ASSICURABILI

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata è affetta da infermità mentale, alcoolismo o tossicodipendenza. In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che il contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

2.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni

preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto 2.18 (invalidità permanente).

2.11 CUMULO DI INDENNITÀ

Le indennità per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.12 ESONERO

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto 2.9 (Persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

2.13 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Sulla base delle "indicazioni del Ministero della P.I. prot. N. 2170 del 30/5/96, si precisa che:

le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto 2.10 (Criteri di indennizzabilità riportati nelle CGA) **possono essere demandate** per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

2.14 LIMITE CATASTROFALE

A parziale modifica della condizione particolare n.13 del frontespizio di polizza si precisa che: nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 2.000.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

2.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

RELATIVE AL CASO MORTE

2.16 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida al beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti uguali, agli eredi.

2.17 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

2.18 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano del dito	1/3

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7%
- paralisi completa del nervo radiale	35%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%

Per:

- amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%
- un altro dito del piede	1%

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
- anchilosi della sotto astragalica	5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%

Per:

- sordità completa di un orecchio	10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
- esiti di frattura scomposta di una costa	1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

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

2.19 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 10.000,00.

RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE

2.20 RIMBORSO SPESE SANITARIE

Se l'Assicurato In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo, le spese sostenute:

nel corso del ricovero in Istituto di Cura:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza dal luogo dell'infortunio all'Istituto di Cura;
- visite mediche e specialistiche;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza in Istituto di Cura;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- tickets;

dopo il ricovero oppure in assenza di ricovero in Istituto di Cura:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dall'Istituto di Cura e necessari per la riabilitazione della parte anatomica sinistrata purché effettuati entro 20 giorni dalla data di dimissioni dall'Istituto di Cura oppure dalla data di prescrizione;
- tickets;
- visite mediche specialistiche;
- accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio;

A cura ultimata, la Società effettua il rimborso delle garanzie sopra riportate su presentazione, in originale, dalle relative notule, distinte, ricevute o fatture debitamente quietanzate.

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro.

Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Al Rimborso Spese Sanitarie è applicata una franchigia di € 70,00 per ogni singolo sinistro.

2.21 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora il ricovero venga effettuato in regime di degenza diurna (**Day Hospital**) di almeno sei ore continuative, l'indennità giornaliera di degenza verrà corrisposta in ragione del 50% della somma assicurata per un periodo massimo di 180 giorni.

2.22 INDENNITÀ GRAVI RICOVERI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Qualora l'assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la Compagnia corrisponderà l'indennità giornaliera prevista in polizza.

In questo caso l'indennizzo complessivo, per ogni persona assicurata e per ricovero, non potrà essere superiore a € 6.000,00 (seimila).

RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO

2.23 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia, al Broker o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, **entro 30 giorni** dal sinistro o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.

CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 1) SOMME ASSICURATE

Ciascun Assicurato è garantito per le seguenti somme assicurate secondo i criteri espressi dalle specifiche condizioni di assicurazione.

PRESTAZIONE A)

GARANZIA IN CASO DI:	SOMMA ASSICURATA
Morte	€ 100.000,00
Invalidità permanente	€ 100.000,00
Indennità di ricovero ospedaliero e Day Hospital	€ 30,00
Indennità gravi ricoveri	€ 50,00
Danni estetici permanenti	€ 5.000,00
Diaria da ingessatura	€ 15,00
Danni al vestiario	€ 150,00
Spese funerarie	€ 1.500,00
Rimborso spese sanitarie	€ 3.000,00
Spese di primo trasporto in ambulanza	€ 250,00
Cure per protesi dentarie e spese odontoiatriche	€ 2.000,00
Spese per rottura protesi dentarie	€ 150,00
Acquisto lenti	€ 250,00
Acquisto montatura	€ 250,00
Rimpatrio salma	€ 3.000,00

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA

Prestazione	CP	Operatività
Franchigia del 3% sino a 30 Punti di IP Accertata	332	INCLUSA

Art. 2) - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga delle C.G.A., in caso di Invalidità Permanente, la Società calcolerà l'indennizzo sulla somma assicurata, in proporzione al grado di Invalidità accertata secondo la tabella di seguito riportata:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	INDENNIZZO PER OGNI PUNTO DI INVALIDITA' ACCERTATO
Pari o inferiore al 3%	€ 0,00
Superiore al 3% e fino al 5%	€ 250,00
Superiore al 5% sino al 10%	€ 650,00
Superiore al 10% sino al 25%	€ 1.150,00
Superiore al 25% sino al 60%	€ 1.400,00
Superiore al 60%	Il 100% della somma assicurata

Art. 3) - DANNI ESTETICI PERMANENTI

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza danni estetici permanenti che si manifestino entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponderà un indennizzo secondo la sottoindicata tabella, calcolato sulla base della somma assicurata in polizza.

La valutazione tabellare del danno estetico (dopo detrazione dell'eventuale franchigia) verrà sommata alla eventuale percentuale di invalidità permanente, se esistente, derivante dalle altre conseguenze indennizzabili dell'infortunio.

Tabella di riferimento delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti

- gravissima deformazione del viso	40%
- perdita completa del cuoio capelluto	15%
- perdita di tutto il naso	30%
- perdita di un padiglione auricolare	11%
- perdita di un labbro	15%
- perdita di un emilabbro	10%
- perdita di ambedue le labbra	25%
- perdita di un occhio senza la possibilità di applicare protesi estetica	10%
- perdita della mandibola	30%

- Esiti cicatriziali al volto

- a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione, per ogni 4 centimetri 3%
- b) cicatrici a superficie estesa visibili a distanza di conversazione, per ogni cmq. 1%

Esiti cicatriziali al collo:

cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione.

fino a 20cmq	da 0% a 5%
da 20 cmq. A 50 cmq.	da 5% a 10%
oltre 50 cmq.	da 10% a 15%

La garanzia non è operante per danni estetici al tronco, all'addome e agli arti.

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza (parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione. In ogni caso la percentuale della invalidità permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

La Società non corrisponderà alcun indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado non superiore al 5% se, invece, essi risultano superiori a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquiderà l'indennizzo senza applicazione di franchigia.

Art. 4) - INGESSATURA

Qualora a seguito di infortunio garantito a termini di polizza, all'Assicurato venga applicata in Istituto di Cura una ingessatura e/o apparecchi protesici inamovibili agli arti inferiori, applicati e/o da rimuovere da personale medico, la Società corrisponderà con una franchigia per i primi tre giorni di immobilizzazione, una diaria giornaliera per ogni giorno in cui l'Assicurato è stato assente da lavoro o pur con l'immobilizzazione suddetta è risultato presente a scuola.

Tale prestazione viene garantita per un massimo di 20 giorni per ogni sinistro.

Art. 5) – DANNI AL VESTIARIO

In conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per l'acquisto del suo vestiario in sostituzione di quello danneggiato avente analogo valore.

Art. 6) - SPESE FUNERARIE e RIMPATRIO SALMA

A seguito di un infortunio mortale indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese funerarie effettivamente sostenute fino alla concorrenza della somma assicurata. In caso di decesso dell' Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, con spese a carico della Società. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all' eventuale recupero della salma. Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare, con spese a carico della Società, il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell' Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella, convivente) sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto aereo (classe turistica), o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, e/o qualsiasi altro mezzo idoneo per recarsi dalla sua abitazione in Italia fino al luogo in cui avviene l' inumazione. La Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno in albergo del familiare venuto a raggiungere il defunto, con spese di pernottamento a carico della Società fino alla concorrenza di € 2.000,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 7) – SPESE DI PRIMO TRASPORTO IN AMBULANZA

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato deve essere trasportato in Ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società rimborsa all'Assicurato, purché documentate, le spese sostenute per il trasporto con ambulanza fino alla somma di € 250,00.

Art. 8) CURE PER PROTESI DENTARIE e SPESE ODONTOIATRICHE

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti della somma prevista in polizza e per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese relative alla prima protesi sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio con il limite massimo di € 500,00 per dente.

Art. 9) – ACQUISTO LENTI

La Società rimborsa fino alla concorrenza della somma assicurata le spese sostenute dall'assicurato a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, rese necessarie da danno oculare con **modifica del visus** e sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio stesso.

Sono comprese in garanzia anche le spese sostenute per l'acquisto della relativa montatura fino alla concorrenza della somma assicurata.

Art. 10) - PERSONE ASSICURATE

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati.

Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti dal Contraente, il quale si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Compagnia e al Broker di fare accertamenti e controlli.

Resta fermo l'obbligo di effettuare le comunicazioni di cui al successivo **Art.11)**.

Art. 11) - NUMERO DEGLI ASSICURATI

Il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, gli assicurati sono:

Attività degli assicurati	Numero degli assicurati
PERSONALE SCOLASTICO ASSOCIATO	
Totale complessivo	

Art. 12) - PREMIO ANNUO - MODALITA' DI ADESIONE

Il premio finito annuo per ciascun Assicurato viene **pattuito in Euro otto/00**, comprensivo di accessori e imposte, e ciò anche se il periodo di frequenza dovesse risultare inferiore alla durata dell'anno scolastico.

Il versamento del premio deve avvenire in forma cumulativa con parametro il numero complessivo degli assicurati risultanti dai registri tenuti dal Contraente e/o riportati in polizza.

Art. 13) – REGOLAZIONE PREMIO

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri verificatisi nel periodo al quale si riferisce la omessa regolazione.

La Compagnia ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Art. 14) - ALTRO

Per quanto non abrogato o modificato dalle presenti Condizioni Particolari valgono le Condizioni Generali di polizza.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA

Tale condizione è operante ed è anche richiamata la validità della garanzia nell'apposita casella "Operatività" riportata all'Art. 1) delle Condizioni Particolari di polizza.

Condizione Particolare CP 332 – FRANCHIGIA SULLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga delle Condizioni Generali di Assicurazione, non si fa luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente accertata quando questa è di grado non superiore alla percentuale di franchigia pari al **3%**, così come indicato all'Art. 2) GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE delle CONDIZIONI PARTICOLARI di polizza.

Se invece l'Invalidità Permanente accertata risulti superiore alla percentuale del **3%**, l'indennizzo viene corrisposto soltanto per la parte eccedente a tale percentuale in base a quanto stabilito all'Art. 2) GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE delle CONDIZIONI PARTICOLARI di polizza.

Nel caso in cui l'Invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 30% della totale la Società liquiderà l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli il cui testo è parte integrante del presente contratto di assicurazione.

Art. 1.3 - Dichiarazioni del Contraente

Art. 1.6 - Altre assicurazioni (in caso di sinistro)

Art. 1.7 - Durata della polizza

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro

Art. 2.8 - Limiti di età

Art. 2.9 - Persone non assicurabili

Art. 2.13 - Controversie

Il Contraente si impegna ad informare l'Assicurato, se diverso dalla sua persona, degli obblighi a suo carico gli stessi assume responsabilità e conseguenze.

IL CONTRAENTE

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA
DIVISIONE UNIPOL

UnipolSai
ASSICURAZIONI S.p.A.
Un Agente Generale P.T. 1/10/1990

1 004 00001 00106792913
1036

**Allegato all'Atto di variazione
MULTIGARANZIA PER LA PERSONA**

NUMERO POLIZZA 1/2474/77/107671795/1
AGENZIA NAPOLI SUBAGENZIA 531

Contraente/Assicurato ANIEF ASS.NE SINDACALE
Domicilio VIA VALDEMONE, 57 - 90144 PALERMO - PA
Codice Fiscale 97232940821

VARIAZIONE AI CONTENUTI DI POLIZZA

A decorrere dal 31/12/2016 le garanzie della presente polizza, secondo le condizioni contrattuali in vigore, si intendono estese secondo le seguenti modalità:

- 1) saranno ricompresi in garanzia anche gli indennizzi per gli arti superiori ma con una franchigia sulla garanzia di Invalidità Permanente pari al 5%;
- 2) saranno riconosciuti anche i danni conseguenti alla sola guida di veicoli ma con una franchigia sulla garanzia di Invalidità Permanente pari al 5%.

Si precisa che le estensioni su indicate saranno valide solo per fatti accaduti durante le attività lavorative così come previsto dall'articolo 2.1 "Oggetto dell'Assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

FERMO IL RESTO.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



Il Contraente

ANIEF Ass. prof. e studenti
Il Tesoriere

