

ALLEGATO 2

AGENZIA: AOSTA VALDOTAINE
della quale forma parte integrante

POLIZZA n.: 2010-05-2189150

CONDIZIONI PARTICOLARI

1. Condizioni di polizza

Ad integrazione di quanto riportato sul frontespizio di polizza, si precisa che le Condizioni di Assicurazione del presente contratto sono quelle contenute nel Capitolato di Gara e qui riportate sul fascicolo di pagine 31 allegato al presente.

IL CONTRAENTE

IL DIRETTORE

Direzione Attività Economiche e Assicurazioni
Roberta Quattrocchio

SOCIETA' REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI

l'Agente Procuratore



POLIZZA INFORTUNI PROFESSIONALI CUMULATIVA

L'assicurazione viene prestata per gli infortuni professionali che possono subire le seguenti categorie di persone:

- ❑ dipendenti dell'Amministrazione regionale con contratto a tempo determinato, indeterminato e privatistico (gestito direttamente dalla struttura regionale che cura l'assunzione del personale) e i vigili del fuoco professionisti;
- ❑ dirigenti tecnici scolastici e personale docente ed educativo;
- ❑ alunni delle scuole di ogni ordine e grado;
- ❑ utenti dei centri educativi assistenziali (C.E.A.);
- ❑ persone esterne all'Amministrazione regionale che partecipano a corsi teorici-pratici, anche in via temporanea (consisti, borsisti e tirocinanti), nell'ambito di un rapporto diretto con l'Amministrazione regionale;
- ❑ personale volontario del corpo valdostano dei vigili del fuoco.

scheda di assicurazione

Il contratto assicurativo prevederà, pertanto, le seguenti Sezioni e somme da assicurare.

Persone e somme assicurate

Sez. Sotto sez.	Categoria	Morte	Invalità Permanente	Limite risarcimento per persona
<i>I a)</i>	<i>Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'INAIL con copertura di rischi elevati nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso. - nota 1 -</i>	<i>4 volte X</i>	<i>5 volte X</i>	per morte: 550.000,00 per invalidità permanente: 650.000,00
<i>I b)</i>	<i>Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'INAIL con copertura dei rischi più limitati rispetto alla categoria precedente nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso. - nota 2 -</i>	<i>4 volte X</i>	<i>5 volte X</i>	per morte: 550.000,00 per invalidità permanente: 650.000,00
<i>I c)</i>	<i>Personale dipendente dell'Amministrazione regionale non iscritto all'INAIL - nota 3 -</i>	<i>7 volte X</i>	<i>8 volte X</i>	per morte: 400.000,00 per invalidità permanente: 500.000,00
<i>I d)</i>	<i>Dirigenti tecnici scolastici e personale docente ed educativo iscritti all'INAIL per certi rischi</i>	<i>4 volte X</i>	<i>5 volte X</i>	per morte: 500.000,00 per invalidità permanente: 600.000,00

Regione Autonoma Valle d'Aosta

<i>II</i>	<i>Alunni e utenti C.E.A. (Centri educativi assistenziali))</i>	70.000,00	100.000,00	----	
<i>III</i>	<i>corsisti, borsisti e tirocinanti</i>	70.000,00	100.000,00	----	
<i>IV</i>	<i>Personale volontario del corpo valdostano dei vigili del fuoco</i>	170.000,00	250.000,00	Diaria da ricovero: euro 50,00 giornalieri	Diaria da gesso: euro 50,00 giornalieri

<i>Rimborso spese mediche da infortunio (per tutte le categorie assicurate)</i>	15.000,00
--	------------------

X = retribuzione lorda: per retribuzione lorda si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'assicurato effettivamente riceve in compenso per le sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, e le partecipazioni di tutte le corresponsioni in natura (gli assegni familiari sono esclusi).

Nota 1: nella sezione I a) viene garantita la copertura assicurativa per il seguente personale dell'Amministrazione regionale:

- n. 200, circa, Vigili del Fuoco professionisti, la cui attività consiste nella prevenzione ed estinzione incendi, soccorsi tecnici urgenti, attività di protezione civile, tutte le attività previste dalla L.R. 10/11/2009, n. 37 (Nuove disposizioni per l'organizzazione dei servizi antincendi della Regione autonoma Valle d'Aosta);
- Operai, la cui attività consiste in costruzione di strade, costruzione di fabbricati e manutenzione di fabbricati;
- Operai, la cui attività consiste nel taglio ed abbattimento di piante, sramature di alberi e avvallamento del legname;
- Dipendenti del Corpo forestale;
- Personale della Funivia Buisson Chamois;
- Dipendenti addetti agli scavi archeologici e alla manutenzione dei monumenti;
- Operai che effettuano verifiche su cave e miniere di rocce compatte.
- Operai che svolgono attività di sorveglianza, manutenzione stradale e manutenzione dei cantieri stradali;

Nota 2: nella sezione I b) viene garantita la copertura assicurativa per il personale amministrativo e/o tecnico dell'Amministrazione regionale.

Nota 3: nella sezione I c) viene garantita la copertura assicurativa a favore degli impiegati forestali e agricoli che svolgono attività amministrativa e tecnica (a tempo determinato) in forza del contratto collettivo nazionale e del contratto integrativo regionale degli addetti forestali e agricoli.

La durata media dell'assunzione varia dagli 8 ai 12 mesi e il contratto è rinnovabile di anno in anno.

Elementi per il calcolo del premio

Sez. Sottosez.	categoria	dato di riferimento per il calcolo del premio: retribuzione annua lorda ultima annualità o n. soggetti da assicurare	Tassi premi lordi procapite	Premio annuo lordo complessivo
I a)	Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'INAIL con copertura di rischi elevati nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso.	euro 11.000.000,00	____ °/00	euro_____
I b)	Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'INAIL con copertura dei rischi più limitati rispetto alla categoria precedente nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso.	euro 61.000.000,00	____ °/00	euro_____
I c)	Personale dell'Amministrazione regionale non iscritto all'INAIL	euro 11.000.000,00	____ °/00	euro_____
I d)	Dirigenti tecnici scolastici e personale docente ed educativo	euro 54.000.000,00	____ °/00	euro_____
II	Alunni delle scuole di ogni ordine e grado	n. 11000 alunni		euro_____
II	Utenti delle strutture denominate C.E.A.	n. 35 utenti		euro_____

Regione Autonoma Valle d'Aosta

III	corsisti, borsisti e tirocinanti	n. 500 utenti	=	euro_____
IV	Personale volontario del Corpo forestale dei Vigili del Fuoco	n. 1100 unità		euro_____

Glossario

- Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
- Assicurazione:** il contratto di assicurazione;
- Beneficiario:** l'erede dell'assicurato, o altra persona da questi designata, alla quale la società deve corrispondere la somma assicurata in caso di morte;
- Contraente:** il Soggetto che stipula l'assicurazione;
- Invalidità Permanente:** perdita anatomica o funzionale dell'uso di un organo o di un arto del corpo umano, graduabile in base ad una tabella di riduzione parziale di capacità fisica;
- Inabilità temporanea:** incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere le proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo;
- la perdita temporanea a seguito di infortunio, in maniera totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali o secondarie dichiarate;
- Indennizzo:** la somma dovuta dalla società in caso di sinistro;
- Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea;
- Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

Passeggero:	Tutte le persone, esclusi i piloti e i membri dell'equipaggio, che, per ragioni di servizio, viaggiano a bordo di aeromobili;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla società;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Società:	Società Assicuratrice - assicuratore - o assicuratori che designano tutta/e l'Impresa o le Imprese Assicuratrici;
Sinistro:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Condizioni che regolano l'assicurazione in generale

art. 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio. Buona fede.

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 e 1894 C.C.

Tuttavia, l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente e/o dell'assicurato, così come di una circostanza eventualmente aggravante il rischio ai sensi dell'art. 1898 C.C., sia durante il corso di validità della presente polizza che all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete od inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

art. 1.2 Assicurazione per conto altrui.

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, 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 C.C.

art. 1.3 Altre assicurazioni.

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla società, entro 30 giorni dalla sottoscrizione, la stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

La società, entro 60 giorni dal ricevimento della 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 C.C.

art. 1.4 Aggravamento di rischio, con riferimento all'attività svolta ed alle relative condizioni di esercizio.

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

Gli aggravamenti del rischio non noti o non accettati dalla società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, salvo quanto previsto al secondo comma dell'articolo 1.1.

art. 1.5 Diminuzione del rischio.

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

art. 1.6 Modifiche dell'assicurazione.

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

art. 1.7 Oneri fiscali.

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

art. 1.8 Controversie e foro competente.

Il foro è determinato ai sensi del combinato disposto degli artt. 25 del codice di procedura civile e 59 della legge 16 maggio 1978, n. 196.

art. 1.9 Rinvio alle norme di legge.

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

art. 1.10 Persone soggette all'assicurazione obbligatoria.

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

art. 1.11 Interpretazione più favorevole al Contraente/assicurato.

In caso di dubbia interpretazione delle disposizioni di cui alla presente polizza, nonché delle norme in essa richiamate e/o comunque applicabili, verrà sempre data l'interpretazione più estensiva e favorevole per il Contraente o per l'assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

art. 1.12 Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento durata e recesso.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31.07.2010.

Il pagamento del premio è dovuto alla Società in via anticipata e potrà essere versato entro 30 gg. dalla data di decorrenza del contratto per la prima annualità ed entro 40 gg. dalla relativa data di scadenza per le annualità successive.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

La garanzia del contratto cesserà alle ore 24,00 del giorno del giorno 31.07.2013.

I premi devono essere pagati alla direzione della società o alla sede dell'agenzia alla quale è assegnata la polizza. La presente assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza senza l'obbligo di disdetta.

Dietro semplice richiesta del Contraente, da comunicarsi mediante raccomandata A.R. entro 30 giorni prima della scadenza contrattuale, la società si impegna a prorogare, dietro pagamento del relativo rateo di premio, il presente contratto, ferme tutte le condizioni, per un periodo massimo di mesi 6 (sei).

E' fatta salva la facoltà delle Parti (Contraente e società) di recedere dal contratto con preavviso, mediante raccomandata A.R., di almeno 120 giorni dalla data di scadenza annuale della polizza.

art. 1.13 Regolazione del premio.

Premesso che il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, e più precisamente:

- retribuzione lorda annua degli assicurati per le Sezioni Ia), Ib), Ic) e Id);
- n. assicurati per la Sezione II alunni delle scuole di ogni ordine e grado e utenti delle strutture C.E.A.;
- n. assicurati per la Sezione III corsisti, borsisti e tirocinanti;
- n. assicurati per la Sezione IV Personale volontario dei Vigili del Fuoco.

esso viene anticipato in via provvisoria. Entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla società i dati effettivi per ogni Sezione ai fini della regolazione premio come sopraindicati.

La regolazione del premio, qualora attiva per la Società di assicurazione, deve essere pagata nei 60 giorni dalla relativa comunicazione. Nel caso in cui la regolazione effettuata alla fine dell'annualità assicurativa dia luogo a un premio inferiore a quello anticipato, dovrà essere restituita alla Contraente entro 60 giorni dalla comunicazione dei dati oggetto della regolazione premio.

Se nel termine di scadenza di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, la garanzia resta sospesa ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, rimanendo comunque salvo il diritto per la società 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 del premio, la società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

art. 1.14 Obblighi del Contraente in caso di sinistro.

In caso di sinistro, il Contraente, in seguito alla comunicazione da parte dell'assicurato, deve dare avviso scritto dell'infortunio alla società, per il tramite dell'ufficio Assicurazioni, entro 30 giorni lavorativi dalla data in cui ne è venuto a conoscenza, fatto salvo per la Sezione II alunni, la cui denuncia di sinistro è trasmessa dall'Istituzione scolastica alla Società entro 30 giorni lavorativi dalla data in cui l'Istituzione scolastica stessa ne viene a conoscenza.

art. 1.15 Disdetta in caso di sinistro.

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le parti (Contraente e società assicuratrice) possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni, da comunicarsi con lettera raccomandata ed avviso di ricevimento. In tale caso le parti, saranno comunque tenute all'adempimento delle norme contenute nell'art. 1.13 riguardanti i criteri per la regolazione del premio. In tal caso la società rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto della società non potranno essere interpretati come rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

art. 1.16 Liquidazione dell'indennizzo.

Ricevuta la necessaria documentazione ed effettuati gli accertamenti del caso, l'assicuratore liquida l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

Prima di effettuare il pagamento, il Contraente della polizza deve autorizzare tale operazione mediante la sottoscrizione dell'atto di quietanza. Tutti i documenti attestanti l'importo della liquidazione dovranno essere allegati all'atto di quietanza da presentarsi per la sottoscrizione da parte del Contraente.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e, pertanto, non è trasmissibile agli aventi causa; tuttavia, se l'assicurato morisse per cause indipendenti dall'infortunio dopo che l'indennità sia liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'assicuratore paga agli aventi causa l'importo liquidato od offerto.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo l'assicurato morisse, l'assicuratore corrisponderà la differenza fra l'indennità pagata e il capitale assicurato per il caso di morte ove questa fosse superiore e non chiederà il rimborso nel caso contrario.

art. 1.17 Modalità per la gestione della pratica assicurativa e della liquidazione delle spese mediche.

La società deve garantire al Contraente e agli assicurati, almeno 2 giorni alla settimana, l'accesso ad un suo ufficio presente sul territorio della Regione Valle d'Aosta per la gestione della polizza di assicurazione e per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati. La società dovrà garantire un opportuno collegamento telefonico e a mezzo fax per eventuali comunicazioni da parte del Contraente o degli assicurati anche attraverso l'istituzione di una linea telefonica dedicata in via esclusiva agli assicurati.

La liquidazione delle spese mediche avrà luogo a guarigione avvenuta, previa presentazione alla Società di assicurazione dei documenti giustificativi in originale, debitamente quietanzati (notule, ricevute, tickets, fatture).

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

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta tutta la documentazione, la quietanza di danno sottoscritta e le coordinate bancarie per poter effettuare il bonifico, la società provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione di quanto sopra.

Come previsto all'art. 1.16, la società prima di effettuare il pagamento dovrà presentare il relativo atto di quietanza al Contraente per la firma.

Tale sottoscrizione rappresenterà l'autorizzazione al pagamento delle spese mediche.

art. 1.18 Procedura di valutazione del danno.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune sede dell'Istituto di Medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

art. 1.19 Situazione sinistri.

La società dovrà fornire al Contraente, con cadenza semestrale, la situazione riepilogativa dei sinistri denunciati (evidenziando quelli aperti, liquidati e senza seguito con i relativi importi) nel periodo considerato.

Le informazioni analitiche da fornire sono le seguenti:

- Numero di Sinistro
- Data Accadimento
- Data Denuncia
- Stato Sinistro
- Importo Liquidato
- Data Liquidazione/Chiusura senza seguito
- Importo Riservato
- Note

Le informazioni riepilogative, possibilmente divise in periodi di 365 gg, sono le seguenti:

- Numero Totale Sinistri Denunciati
- Costo Medio Liquidato/Riservato
- Numero Sinistri Liquidati
- Costo Medio Liquidato
- Numero Sinistri Riservati
- Costo Medio Riservato

– Numero Sinistri senza seguito.

L'eventuale ritardo o mancata trasmissione del report sono sottoposti alla facoltà da parte del Contraente di applicazione di una penale pari all'0,6 per mille del valore del contratto per ogni mese di ritardo.

art. 1.20 Comunicazioni.

Tutte le comunicazioni del Contraente e/o assicurato alla Direzione della società delegataria, o alla sede dell'Agenzia o della società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza, potranno essere eseguite anche a mezzo fax.

art. 1.21 Adeguamento dei capitali fissati come massimo risarcimento.

A decorrere dal secondo anno del contratto, il corrispettivo è soggetto a revisione, ai sensi dell'art. 115 del d.lgs 12 aprile 2006, n. 163. Qualora le determinazioni di cui all'art. 7, co. 4 lett. c), e 5 del d.lgs 163/2006 non fossero pubblicate o rapportabili al presente servizio, l'adeguamento avverrà in misura corrispondente alla media annuale delle variazioni percentuali dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (FOI), al netto dei tabacchi, rilevata dall'ISTAT dell'anno precedente.

Precisazioni della garanzia

art. 1.22 Casi di indennizzabilità.

L'assicuratore corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

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 derivante dalle condizioni preesistenti.

art. 1.23 Coma irreversibile.

Lo stato dichiarato di "coma irreversibile" conseguente a infortunio è considerato "morte" a tutti gli effetti.

art. 1.24 Limite territoriale.

Per tutte le categorie riportate all'inizio del presente contratto, la garanzia è valida per il mondo intero.

art. 1.25 Ernie traumatiche.

La garanzia è estesa ai casi di invalidità permanente dovuta alle ernie traumatiche e in genere alle lesioni muscolari da sforzo.

Per le ernie o lesioni operabili sarà riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata nel caso di invalidità permanente.

Per ernie e lesioni non operabili l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia per le sezioni dove quest'ultima è prevista), fermo restando, in ogni caso, che l'assicuratore non corrisponderà indennità superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

art. 1.26 Dati identificativi degli assicurati.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, Sezione I –(a), b), c) e d)), Sez. II, Sez. III e Sez. IV - si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla società assicuratrice di fare accertamenti e controlli.

art. 1.27 Esonero denuncia infermità e difetti fisici delle persone assicurate.

Il Contraente viene espressamente esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali infermità, mutilazioni o difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate al momento della stipulazione del contratto o che dovessero sopravvenire in seguito.

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

art. 1.28 Persone non assicurabili.

L'assicurazione vale per le persone di qualsiasi età.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, alcolismo e tossicomanie (l'esclusione relativa all'infermità mentali non è operante nei confronti degli alunni e degli utenti dei Centri educativi assistenziali)

art. 1.29 Rinuncia alla rivalsa.

La società rinuncia a favore dell'assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di rivalsa (surroga) che potesse competerle ai sensi dell'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili.

art. 1.30 Franchigia sull'indennità per invalidità permanente.

Vale solo quanto riportato in modo specifico per le singole Sezioni I e IV.

art. 1.31 Liquidazione privilegiata per invalidità permanente di grado elevato.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia maggiore del 60%, la società liquida un indennizzo in misura del 100% del capitale assicurato per invalidità permanente.

Oggetto dell'assicurazione
Clausole comuni alle Sezioni I, II, III e IV

art. 1.32 Rischio assicurato.

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti dalle clausole successive, vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e delle attività secondarie.

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

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

- a) imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- b) atti di terrorismo, aggressioni, tumulti popolari, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;

inoltre l'assicurazione comprende:

- d) il telelavoro previsto dalla l.r. 18/04/2008, n. 16;
- e) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- f) l'asfissia non dipendente da malattia;
- g) gli avvelenamenti acuti e lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- h) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento, la folgorazione;
- i) colpi di sole o di calore;
- j) le conseguenze (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari) obiettivamente constatabili di morsi o punture di animali;
- k) malori o incoscienza, purché tale stato non derivi dall'uso di sostanze stupefacenti e/o allucinogene e/o psicofarmaci o alcolici;
- l) forze della natura e contatto con corrosivi. La garanzia è estesa agli infortuni causati da fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche o da contatto con agenti corrosivi e/o sostanze chimiche di qualunque genere;

- m) rapina. La garanzia è estesa agli infortuni sofferti a seguito di rapina, tentata rapina o sequestro di persona;
- n) calamità naturali. A parziale deroga dell'art. 1912 del C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche;
- o) uso di armi da fuoco o di esplosivi legittimamente detenuti in servizio da parte di alcuni soggetti assicurati dalla presente polizza;
- p) infortuni aeronautici: nell'ambito della copertura suddetta l'assicurazione si intende estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi in aereo turistico o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti tranne che:
 - Aeroclub;
 - società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- q) guida di ogni mezzo di locomozione purché condotto in osservanza delle leggi in vigore nel luogo e l'assicurato non sia sotto l'effetto di sostanze alcoliche, psicofarmaci e/o sostanze stupefacenti;
- r) partecipazione a seguito di mobilitazione da parte di pubblica utilità o per adesione volontaria al servizio di protezione civile.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente, nonché quelle per il rilascio di certificazione medica ad uso assicurativo.

art. 1.33 Rischio in itinere.

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che possono colpire gli assicurati durante:

- per la Sezione I a) b) c) e d) per il tempo necessario al tragitto dall'abitazione al posto di lavoro e viceversa, o luogo della missione regolarmente autorizzata dalla Contraente per tutto il tempo necessario a tale trasferimento, nonché durante il tragitto dal posto di lavoro al luogo di ristoro-mensa e viceversa;
- per la Sezione II (alunni) per il tempo necessario al tragitto dall'abitazione alla scuola e viceversa, nonché durante i tragitti da casa/scuola ai luoghi in cui si svolgono le attività organizzate dall'Istituzione scolastica e per le refezioni;
- per la Sezione II (utenti dei CEA) per il tempo necessario al tragitto dall'abitazione al centro educativo e viceversa, nonché durante i tragitti dal Centro educativo ai luoghi in cui si svolgono le attività organizzate dai CEA;
- per la Sezione III (corsisti, borsisti e tirocinanti) per il tempo necessario al tragitto dall'abitazione al luogo in cui si svolge l'attività formativa/lavorativa e viceversa;

- per la Sezione IV (personale volontario del corpo valdostano dei vigili del fuoco) per il tempo necessario al tragitto dall'abitazione alla sede di servizio e/o sede operativa di intervento e viceversa.

L'assicurazione opera a condizione che tali infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso in via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia a piedi sia mediante con qualsiasi mezzo di trasporto pubblico o privato.

art. 1.34 Morte da infortunio e Morte presunta.

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari. Vengono parificati al caso di morte il caso in cui l'assicurato venga dichiarato disperso dalle competenti Autorità ed il caso di sentenza di morte presunta, ai sensi dell'art. 60 comma 3 del Codice Civile. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità e in seguito l'assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure di sopravvivenza, l'assicuratore ha il diritto alla restituzione di tutte le somme indennizzate agli aventi causa, mentre l'assicurato può far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito danni corporali o avesse sostenuto spese risarcibili ai sensi della presente polizza.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente.

Tuttavia se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte (se superiore) e quello già pagato per invalidità permanente.

art. 1.35 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, secondo le tabelle di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 (settore industria con rinuncia della società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge), ferme le franchigie previste dall'articolo seguente.

Se l'assicurato risulta mancino, il grado di invalidità per il lato destro viene applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'assicurato subisca un infortunio a un arto superiore o una mano o a un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati

come “destri” si tiene conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Nel caso in cui, trascorsi tre mesi dal termine delle cure mediche, sia prevedibile che all'assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, l'assicuratore – su richiesta dell'interessato – corrisponde un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione.

art. 1.36 Rimborso spese a seguito di infortunio.

La società rimborsa fino alla concorrenza della somma di euro 15.000,00 (quindicimila/00) per assicurato e per anno assicurativo, le spese mediche sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termine di polizza:

- a) durante il ricovero in istituti pubblici privati comprese le spese in day surgery/day hospital;
- b) per visite mediche e specialistiche regolarmente prescritte;
- c) per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- d) acquisto di medicinali regolarmente prescritti (incluso rimborso ticket);
- e) per altri ticket sanitari;
- f) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione;
- g) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa;
- h) per terapie fisiche e specialistiche regolarmente prescritte;
- i) per presidi ortopedici, ma limitatamente alla sola prima applicazione di corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi conseguenti ad infortunio, protesi e tutori di funzione degli arti superiori, inferiori e del tronco;
- j) per acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari, compreso protesi oculari, acustiche e carrozzelle ortopediche;
- k) per interventi di chirurgia plastica ed estetica ricostruttiva volti ad eliminare danni estetici conseguenti all'infortunio denunciato;
- l) per cure e protesi dentarie rese necessarie a seguito di infortunio con il limite di risarcimento di euro 5.000,00 – per anno assicurativo – e con il limite di euro 800,00 per ciascun dente. La società di assicurazione si impegna a liquidare le spese odontotecniche sostenute entro 2 anni dall'infortunio;
- m) per la riparazione o sostituzione di occhiali da vista rotti a seguito di infortunio (lenti e montatura compresi in garanzia);
- n) per il rimborso spese per acquisto lenti, comprese quelle a contatto (escluse quelle usa e getta), reso necessario da danno oculare che sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
- o) per il trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso;
- p) per il trasporto dell'assicurato in luogo di cura e/o ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o in aereo;

- q) per il trasporto della salma dell'assicurato fino a casa o al luogo di sepoltura in caso di decesso a seguito di infortunio risarcibile ai sensi della presente polizza.

Le spese di cui ai punti p) e q) vengono riscaldate anche in caso di malattia o di morte – per qualsiasi causa – che colpisca l'assicurato, mentre si trova fuori sede per motivi di servizio.

art. 1.37 Rischio Guerra.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'assicurato subisca in conseguenza di atti di guerra.

Per guerra si intende ogni attività derivante dalla partecipazione effettiva o tentata nell'uso di forza militare tra nazioni. Rientrano nella definizione di guerra la guerra civile, le rivoluzioni e le invasioni.

L'assicurazione per il rischio guerra non è valida in Italia, nel paese di residenza principale dell'assicurato e nei seguenti paesi: Afghanistan, Iraq, Cecenia, Corea del Nord e Somalia .

L'eventuale estensione al rischio guerra per i paesi sopra elencati deve essere espressamente richiesta alla società e con essa concordata.

L'assicurazione viene estesa agli infortuni avvenuti fuori dal territorio italiano a causa di guerra (dichiarata o non), insurrezioni, atti bellici, ostilità, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli anzidetti eventi mentre si trova all'estero.

art. 1.38 Calamità naturali, Terremoti, Inondazioni, Alluvioni, Eruzioni vulcaniche.

A parziale deroga dell'art. 1912 del C.C., l'assicurazione è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta espressamente convenuto che, nel caso di evento che colpisce più persone assicurate, in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire un indennizzo complessivo superiore a euro 20.000.000,00.

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

art. 1.39 Eventi catastrofali.

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della società non potrà superare la somma complessiva di euro 20.000.000,00.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale.

La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

art. 1.40 Rischio volo.

L'assicurazione vale per infortuni aeronautici che l'assicurato subisca durante i viaggi autorizzati in aereo turistico o di trasferimento (inclusi dirottamenti tentati o attuati nonché le fasi di atterraggio o ammaraggio autorizzati o forzati) effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri da chiunque gestiti tranne che:

- Aeroclub;
- società/Azienda di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizza infortuni comuni, non potrà superare le seguenti somme:

- per ogni persona:
 - euro 1.000.000,00 per il caso di morte;
 - euro 1.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- complessivamente per aeromobile:
 - euro 5.000.000,00 per il caso di morte;
 - euro 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferiti ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente. Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

art. 1.41 Contagio accidentale da virus HIV, Epatite B e C.

In caso di contagio da virus HIV e/o epatite B e/o C, esclusivamente avvenuto durante lo svolgimento delle attività assicurate dalla presente polizza in conseguenza di:

- a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- b) aggressioni subite dall'assicurato;
- c) trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- d) contagio avvenuto in situazioni di soccorso a soggetti assicurati già portatori del virus HIV e/o epatite B e C.

La Società liquiderà la somma convenuta, qualora l'assicurato risulti sieropositivo o affetto dalla patologia epatite B e/o C, secondo la procedura di accertamento stabilita come segue:

1. L'assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV e/o dall'epatite B e/o C, a causa di un evento

accidentale descritto alle lettere a), b), c) e d) che precedono, deve entro 15 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso alla Società (anche per il tramite del Contraente) a mezzo telegramma o telefax indirizzato alla direzione della società o alla sede dell'agenzia o della società di brokeraggio alla quale è assegnata la polizza.

Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata una descrizione dettagliata dell'evento, certificata dal Contraente o dall'Ente – se diverso dal Contraente - presso il quale si è verificato il fatto accidentale.

Entro 15 giorni dall'evento l'assicurato – fatta eccezione per i casi regolamentati al punto 2. seguente – deve sottoporsi ad un primo test presso un centro specializzato indicato dalla Società assicuratrice. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo e/o affetto dall'epatite B e/o C, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione prevista dalla presente condizione particolare cessa nei suoi confronti.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'assicurato entro 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test: se da questo risulterà che l'assicurato è divenuto sieropositivo e/o affetto dall'epatite B e/o C, la Società liquiderà la somma convenuta.

Tutte le spese mediche relative al test H.I.V. o all'esame ematologico per l'accertamento dell'epatite B e C sono a carico dell'assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società.

L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza del beneficio dall'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti è essenziale per la validità dell'assicurazione: in caso di inadempienza, l'assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

2. In relazione ai rischi descritti alle lettere a), b), c) e d) che precedono ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. e/o all'epatite B e C, si conviene che:
 - In caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;
 - L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) all'autorità competente;

In caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'assicurato è esonerato dal primo test immunologico, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro 180 giorni dalla trasfusione. La cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.

3. La Società, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dai test immunologici descritti dal precedente punto 1, corrisponde l'indennizzo pari alla somma di euro 50.000,00. In caso di contagio contemporaneo, conseguente ad unico infortunio indennizzabile a termini di polizza del virus H.I.V. ed epatite B e/o C, l'indennizzo non potrà comunque superare la somma di euro 50.000,00.

Delimitazione dell'operatività dell'assicurazione

art. 1.42 Esclusioni.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni:

1. da fatti dolosi o azioni delittuose compiuti o tentati dall'assicurato;
2. da guida o uso, anche come passeggero di mezzi natanti, di aeromobili/elicotteri, fatto salvo quanto previsto all'art. 1.40 – Rischio volo -;
3. da guerra, ostilità, invasione, rivoluzione, guerra civile, potere militare, insurrezioni in genere, salvo quanto previsto dall'art. 1.37 – Rischio Guerra -;
4. da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
5. da operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. da reati dolosi commessi o tentati dall'assicurato, salvo il caso di atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
7. avvenuti a seguito della partecipazione a corse o gare sportive e/o in generale a qualsiasi attività sportiva avente carattere professionistico o semiprofessionistico; questa limitazione non vale per il personale professionista del Corpo valdostano dei Vigili del Fuoco, per il personale del Corpo forestale della Valle d'Aosta, per il personale docente di scienze motorie e di educazione fisica e per gli alunni delle scuole di ogni ordine grado.

8. in conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
-

Sezione I

Premessa:

La copertura assicurativa, di cui alla presente polizza, è prestata per gli infortuni professionali del personale dipendente dell'Amministrazione regionale della Valle d'Aosta, suddiviso nelle seguenti categorie:

- I a) Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'Inail con copertura di rischi elevati nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso;
- I b) Personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'Inail con copertura dei rischi più limitati rispetto alla categoria precedente nell'ambito delle mansioni svolte dal dipendente stesso;
- I c) Personale dipendente dell'Amministrazione regionale non iscritto all'Inail;
- I d) Dirigenti tecnici, scolastici e personale docente ed educativo iscritti all'Inail per certi rischi;

La garanzia opera per la copertura degli infortuni sofferti dai dipendenti nello svolgimento di qualsiasi attività rientrante nei compiti istituzionali/ scopi del Contraente, e più precisamente, in occasione di riunioni, incarichi, missioni e relativi trasferimenti, semprechè documentati attraverso verbali, corrispondenza con data certa, atti di repertorio del Contraente.

La garanzia si intende, inoltre, estesa:

- o a favore del personale professionista del Corpo valdostano dei Vigili del Fuoco (già assicurato per i rischi professionali Sez. Ia)) che promuove e partecipa, anche per il tramite di associazioni all'uopo costituite, ad attività agonistiche e sportive in collaborazione con altre amministrazioni, organi o enti con i quali stipula, allo scopo, apposite convenzioni;
- o a favore del personale del Corpo forestale della Valle d'Aosta (già assicurato per i rischi professionali Sez. Ib) che partecipa alle attività agonistiche attinenti allo svolgimento dei propri compiti, anche in collaborazione con altre amministrazioni, organi o Enti con i quali stipula, allo scopo, apposite convenzioni. Per le finalità di cui al comma precedente, il Corpo forestale della Valle d'Aosta può autorizzare il distacco temporaneo, presso il Centro sportivo del Corpo forestale dello

Stato o di altri enti, di personale appartenente al Corpo forestale che abbia raggiunto adeguati livelli di preparazione in qualità di atleti o di allenatori, con le modalità stabilite da apposita convenzione.

Capitali assicurati

Premesso che i beneficiari, in caso di morte, sono gli eredi legittimi, i capitali assicurati per le categorie di cui ai punti I a), b), c) e d) sono i seguenti:

IN CASO DI MORTE:

- ⇒ per il personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'Inail con copertura di rischi elevati, di rischi più limitati e dei dirigenti tecnici scolastici e personale docente ed educativo iscritti all'Inail per certi rischi – Sez. I a), b) e d):
una somma corrispondente a 4 volte la retribuzione annua.
- ⇒ per il personale non iscritto all'INAIL – Sez. Ic):
una somma corrispondente a 7 volte la retribuzione annua.

IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE:

- ⇒ per il personale dipendente dell'Amministrazione regionale iscritto obbligatoriamente all'Inail con copertura di rischi elevati, di rischi più limitati e dei dirigenti tecnici, scolastici e personale docente ed educativo iscritti all'Inail per certi rischi – Sez. I a), b) e d):
una somma corrispondente a 5 volte la retribuzione annua.
- ⇒ per il personale non iscritto all'INAIL – Sez. Ic):
una somma corrispondente a 8 volte la retribuzione annua.

Per eventuali infortuni non riconosciuti dall'INAIL (Sez. I a), b) e d)), si applica il trattamento previsto per il personale non iscritto all'INAIL.

RIMBORSO SPESE MEDICHE:

(per le categorie di cui alle Sez. I a), b), c) e d)):

La Società si impegna a rimborsare fino ad un massimo di euro **15.000,00** – pro-capite e per anno assicurativo – le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute a seguito dell'infortunio.

Precisazioni relative alla garanzia

art. 1.43 Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente limitata a parte del capitale assicurato.

Si precisa che sul capitale eccedente l'importo di euro 150.000,00 non si corrisponde alcuna indennità se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti dalle condizioni di assicurazione, non superi il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5%, l'indennità da liquidare, sul capitale eccedente l'importo di euro 150.000,00, sarà commisurata alla sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

art. 1.44 Definizione di retribuzione e liquidazione dell'indennità.

Per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, l'assicurato effettivamente riceve per le sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, e le partecipazioni di tutte le corrisposizioni in natura. Fa parte della retribuzione anche l'equivalente del vitto e dell'alloggio eventualmente dovuti al dipendente nella misura convenzionalmente concordata. Gli assegni familiari sono esclusi.

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra, nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione. Qualora l'infortunio accada ad un dipendente a tempo indeterminato che abbia prestato servizio per un periodo inferiore ai 12 mesi, si prenderà comunque in considerazione la retribuzione dei 12 mesi che sarebbe stata corrisposta se l'assicurato avesse lavorato.

Per quanto concerne, invece, il personale a tempo determinato e quello gestito con contratto di tipo privatistico, si precisa che sarà presa in considerazione la retribuzione che sarebbe stata corrisposta se l'assicurato avesse lavorato per l'intera durata del suo contratto.

Sezione II

Premessa.

La copertura assicurativa, di cui alla presente Sezione, è prestata per gli infortuni occorsi agli alunni delle scuole di ogni ordine e grado della Regione Valle d'Aosta e agli utenti dei C.E.A. (Centri educativi assistenziali).

Si forniscono di seguito ulteriori precisazioni relative alla garanzia in argomento.

L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dagli assicurati durante:

- le lezioni, prescuola, doposcuola, refezioni, ricreazioni, sperimentazione e attività di laboratorio, tutte le attività gestite dagli operatori scolastici;
- le lezioni di educazione fisica, attività ginnico-sportiva a qualsiasi livello territoriale (comunale, provinciale, regionale, nazionale, internazionale) ferme le esclusioni previste all'art. 1.42);
- le gite e le visite di istruzione, incontri sociali;
- le visite o stages che a norma delle vigenti disposizioni possono essere effettuati a scavi, cantieri, aziende e laboratori, compresa l'eventuale partecipazione ad attività pratiche e/o lavorative, sempre che tali attività siano dirette e sorvegliate dagli insegnanti dell'istituto e/o da personale dell'azienda presso la quale si svolge lo stage.

Inoltre, l'assicurazione vale per tutto quanto sia pertinente all'educazione e formazione degli alunni e degli utenti dei C.E.A.

Capitali assicurati/garanzie

Premesso che i beneficiari, in caso di morte, sono gli eredi legittimi, i capitali assicurati sono i seguenti:

- **IN CASO DI MORTE: euro 70.000,00;**
- **IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE: euro 100.000,00;**
- **RIMBORSO SPESE MEDICHE:**

La Società si impegna a rimborsare fino ad un massimo di euro **15.000,00** – pro-capite e per anno assicurativo - le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute a seguito dell'infortunio.

Precisazioni relative alla garanzia

art. 2.1 Rimborso spese e cure odontoiatriche ed ortodontiche

A parziale deroga dell'art. 1.36 lettera l), la società garantisce anche il rimborso, fino alla concorrenza massima del limite annuo di euro 5.000,00 per anno assicurativo, senza sottolimiti per dente, delle spese per cure odontoiatriche ed ortodontiche a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da certificato medico. Si precisa che le spese per le protesi sono rimborsabili solo per la prima protesi (e non le successive) indipendentemente da quando dovrà essere applicata.

Nel caso in cui, per l'età giovanile dell'assicurato, non sia possibile l'applicazione della prima protesi entro un anno dalla data dell'infortunio, l'assicurato potrà chiedere un indennizzo sulla base del preventivo delle cure da sostenere. Tale indennizzo sarà erogabile una sola volta a definizione del sinistro sino ad un massimo del corrispondente costo previsto dalla "Tariffa nazionale degli onorari per le prestazioni medico-chirurgiche e odontoiatriche".

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

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

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

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

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

art. 2.2 Rimborso spese e cure oculistiche- Danni a Occhiali.

A deroga parziale dell'art. 1.36 lettera m) la società, fino alla concorrenza massima della somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese mediche a seguito di infortunio" prevede anche il rimborso, come conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovato da certificato medico:

- delle spese per cure oculistiche rese necessarie da infortunio ivi comprese le spese per l'acquisto di lenti da vista e relative montature o lenti a contatto, come conseguenza diretta di infortunio che abbia causato danno oculare. Sono escluse dalla garanzia le lenti "usa e getta".

- delle spese sostenute per l'acquisto o la riparazione di: lenti da vista e relative montature e lenti a contatto, rotte a seguito di infortunio con esclusione delle lenti "usa e getta".

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

Nei casi diversi (beni acquistati oltre i dodici mesi o assenza di documentazione probante la data di acquisto) per l'indennizzo si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso.

In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

- in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi oltre i dodici mesi precedenti la data del sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori): degrado del 40%;
- in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi l'indennizzo non potrà superare l'importo di Euro 50,00.

La società si riserva:

- di sottoporre l'assicurato ad ogni eventuale accertamento sanitario che si rendesse necessario a comprova dello stato di salute denunciato;
- di richiedere all'assicurato la consegna del bene danneggiato.

Sezione III

Premessa:

La copertura assicurativa, di cui alla presente Sezione, è prestata per gli infortuni delle persone esterne all'Amministrazione regionale che partecipano a corsi teorici-pratici, anche in via temporanea (corsisti, borsisti e tirocinanti), nell'ambito di un rapporto diretto con l'Amministrazione regionale.

Capitali assicurati/garanzie

Premesso che i beneficiari, in caso di morte, sono gli eredi legittimi, i capitali assicurati sono i seguenti:

- **IN CASO DI MORTE: euro 70.000,00;**
- **IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE: euro 100.000,00;**
- **RIMBORSO SPESE MEDICHE:**

La società si impegna a rimborsare fino ad un massimo di euro **15.000,00** – pro-capite e per anno assicurativo - le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute a seguito dell'infortunio.

Sezione IV

Premessa:

Si tratta di una copertura assicurativa a favore del personale volontario del Corpo valdostano dei Vigili del Fuoco (1100 persone) relativamente alle attività da loro svolte ai sensi della L.R. 10/11/2009, n. 37 (Nuove disposizioni per l'organizzazione dei servizi antincendi della Regione Autonoma Valle d'Aosta).

Capitali assicurati/garanzie

Premesso che i beneficiari, in caso di morte, sono gli eredi legittimi, i capitali assicurati sono i seguenti:

- **IN CASO DI MORTE: euro 170.000,00;**
- **IN CASO DI INVALIDITA' PERMANENTE: euro 250.000,00**
- **RIMBORSO SPESE MEDICHE:**
La società si impegna a rimborsare fino ad un massimo di euro **15.000,00**
- pro-capite e per anno assicurativo - le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute a seguito dell'infortunio.

Ulteriori precisazioni relative alla garanzia

art. 4.1 Liquidazione dell'indennizzo.

L'indennizzo per invalidità permanente è calcolato, applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie di seguito indicate - alle componenti di capitale nelle quali si intende

Regione Autonoma Valle d'Aosta

suddivisa la somma assicurata per invalidità permanente totale (euro **250.000,00**):

1a fascia	euro 0,00	euro 125.000,00	senza franchigia
2a fascia	euro 125.000,00	euro 250.000,00	con franchigia al 5%

art. 4.2 **Diaria da ricovero**

Viene corrisposta la diaria di euro 50,00 per ogni pernottamento in ricovero presso Istituti pubblici o privati reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza per un massimo di 180 pernottamenti.

art. 4.3 **Diaria da gesso**

Qualora, in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia causato una lesione radiologicamente accertata, l'assicurato risulti portatore di apparecchi gessati inamovibili o equivalenti immobilizzanti inamovibili, applicati e rimossi presso strutture ospedaliere, la società corrisponderà l'indennità giornaliera di euro 50,00 per ciascun giorno in cui l'assicurato risulti portatore di tali apparecchi per un massimo di 180 giorni.

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

- a. certificato medico che attesti l'applicazione della immobilizzazione presso le strutture ospedaliere;
- b. certificato di rimozione della immobilizzazione presso le strutture ospedaliere;

In ogni caso l'indennizzo non verrà corrisposto nei casi in cui all'assicurato, per lesioni alle dita delle mani, siano stati applicati: docce/valve/stecche gessate, stecche di Zimmer, finger Splint, bendaggi elasto/adesivi o alla colla di zinco e tutori in genere amovibili.

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella da ingessatura, che decorrerà dalla data di cessazione del ricovero e terminerà in ogni caso dalla data di rimozione della immobilizzazione presso la struttura ospedaliera.