



Polizza di Assicurazione
Infortuni Cumulativa

Contraente: PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE
Domicilio: PALAZZO PROVINCIALE N.7 VIA ANDREAS HOFER, 18
P.I. / C.F.: 00390090215
Polizza Numero **IAH0014930/2**
Intermediario Codice 720 BENACQUISTA ASSICURAZIONI S.N.C.
Intermediario CIG **BB527073C1**

Estremi di Copertura

Decorrenza ore 24:00 del 31/08/2026 Scadenza ore 24:00 del 31/08/2030

Frazionamento ANNUALE 1a RATA fino al 31/08/2027

Scomposizione del Premio

Rata alla firma al 31/08/2026	€ 256.225,76	€ 0,00	€ 6.249,41	€ 249.976,35
	Premio Netto	Addizionali	Imposta	Premio Lordo
Rate future dal 31/08/2027	€ 256.225,76	€ 0,00	€ 6.249,41	€ 249.976,35
		Addizionali	Imposta	Premio Lordo

L'Assicurazione viene prestata alle Condizioni tutte previste dal capitolato speciale qui allegato che è parte integrante e sostanziale della polizza.
Il contratto è costituito congiuntamente dal presente documento, dal Capitolato allegato e da eventuali altri allegati richiamati in polizza che devono essere tutti sottoscritti dalle Parti.

Il Contraente

AIG EUROPE SA
Rappresentanza Generale per l'Italia

Un procuratore
Massimiliano Benacquistà

AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Piazza Vetra, 17 - 20123 Milano

Tel: +39 02 36901, Fax: +39 02 3690222, www.aig.co.it - Registro Imprese Milano / C.F. 97819940152 - P.I. 10479810961 - REA Milano n. 2530954.

Sede Secondaria di AIG Europe S.A. - Registrata in Lussemburgo con il numero R.C.S. B 218806.
Sede legale: Avenue John F. Kennedy n. 35D, L-1855 Lussemburgo - Capitale Sociale Euro 47.176.225



Versicherungspolizze Nr.

Unfallversicherungsvertrag zugunsten der Kinder der Kindergärten und der Schülerinnen und Schüler aller Schulstufen und Grade in der Autonomen Provinz Bozen

**Beginn des Versicherungsschutzes um 24:00 Uhr des 31.08.2026
Vertragsende um 24:00 Uhr des 31.08.2030
und eventuelle Vertragsverlängerung von 1 Jahr**

abgeschlossen zwischen

Autonomen Provinz Bozen - Südtirol
Steuernummer / MwSt.-Nr.: 00390090215
Landhaus 7, Andreas-Hofer-Str. 18
39100 Bozen (BZ)

e

Versicherungsgesellschaft xx
Steuernummer / MwSt.-Nr.:
Straße
PLZ Ort

INHALT

TEIL 1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN UND IDENTIFIZIERUNG DER VERSICHERTEN PERSONEN	5
Art. 1 – Begriffsbestimmungen	4
Art. 2 - Identifizierung der versicherten Personen	5
Art. 1 - Angaben zu den Risikoumständen-Änderung des Risikos	6
Art. 1 quater – Bekanntes Ereignis	7
Art. 2 - Mehrfachversicherung	7
Art. 3 - Vertragsdauer und Vertragsverlängerung	7
Art. 4 - Zahlung der Prämie und Laufzeit des Versicherungsschutzes	7
Art. 5 - Pflichten in Bezug auf die Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010.....	7
Art. 6 - Prämienregulierung	8
Art. 7 - Rücktritt nach Schadensfall - Verzicht.....	9
Art. 8 – Beweis / Prüfung des Vertrages und Änderungen der Versicherung	9
Art. 9 - Form der Mitteilungen des Versicherungsnehmers an die Gesellschaft	9
Art. 10 - Steuern und Abgaben.....	9
Art. 11 - Gerichtsstand.....	9
Art. 12 –Auslegung des Vertrages.....	9
Art. 13 – Versicherung für die sie zusteht - Inhaberschaft der sich aus dem Vertrag ergebenden Rechte Auslegung des Vertrages	9
Art. 14 - Pflicht zur Mitteilung der Daten über die Schadensfälle	9
Art. 15 - Verweisung auf die Gesetzesvorschriften	10
Art. 16 - Verzicht auf Einsetzung	10
Die Gesellschaft verzichtet zugunsten des Versicherten und dessen Anspruchsberechtigten auf ihr allfälliges Recht auf Einsetzung in die Rechte des Versicherten gegenüber den für den Unfall Haftenden gemäß Artikel 1916 des italienischen Zivilgesetzbuches.	10
Art. 17 - Territorialer Geltungsbereich	10
Die Versicherung gilt auf der gesamten Welt.	10
Art. 18 - Mitversicherung und Bevollmächtigung	10
Ist die Versicherung in genau festgesetzten Quoten unter verschiedenen Gesellschaften laut Art. 1911 des italienischen Zivilgesetzbuches aufgeteilt, so müssen diese im Anhang des Versicherungspolizze angeführt sein, aufrecht bleibend, in Abweichung des Art. 1911 des italienischen Zivilgesetzbuches, die Solidarhaftung aller mitversichernden Gesellschaften gegenüber des Versicherungsnehmers und des Versicherten für die mit dem Vertragsabschluss angenommenen Verpflichtungen.	10
Art. 19 – Schlussbestimmungen	11
Art. 20 – Sanction Clause / OFAC.....	11
Art. 1- Gegenstand der Versicherung und der Deckung	12

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

Art. 2 - Todesfall	14
Art. 3 – DAUERHAFTE INVALIDITÄT	14
Art. 4 - Ersatz der Arzt-, Arzneimittel- und Transportspesen.....	15
Art. 5 - Ästhetische Schäden bzw. Entstellungsschäden	16
Art. 6 – Risiko am Wege (Wohnung-Schule-Wohnung)	16
Art. 7 - Luftfahrtrisiko	17
Art. 8ter - Schadenshöhe.....	18
Art. 1 - Ausschlüsse	19
Art. 2 - Altersgrenzen	19
Art. 1 - Schadensmeldung und entsprechende Obliegenheiten.....	20
Art. 2 - Leistungspflichtkriterien	20
Art. 3 - Streitfälle	20
Art. 4 - Regulierung der Versicherungsleistung.....	20
Art. 5 - Vorauszahlung der Entschädigung	21
Art. 6 - Zahlungsfrist der Entschädigung im Sinne des Versicherungsvertrags.....	21
Art. 1 - Versicherungssummen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte	22
Die gesamte Bruttoprämie ergibt sich aus der Multiplikation der für das betreffende Schuljahr geschätzten Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit der Bruttoprämie pro Schülerin/Schüler in Euro.	22
Art. 2 - Prämienregulierung	22
Art. 3 – Höchstgrenze bei Katastrophenereignis	22

TEIL 1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN UND IDENTIFIZIERUNG DER VERSICHERTEN

Art. 1 – Begriffsbestimmungen

Das vorliegende Dokument stellt das technische, beschreibende und leistungsbezogene Lastenheft des offenen Verfahrens oberhalb der EU-Schwelle für die Vergabe des Unfallversicherungsdienstes zugunsten der Kinder der Kindergärten sowie der Schülerinnen und Schüler aller Schulstufen der Autonomen Provinz Bozen dar, CIG ..., und ist – wie im Ausschreibungsbedingungen angegeben – Teil der Ausschreibungsunterlagen.

Schüler:	Alle Personen, minder- oder volljährig, italienische Staatsbürger, EU – Bürger und solche mit ausländischer Staatsbürgerschaft, Staatenlose und solche, denen die zuständige staatliche Behörde den Flüchtlingsstatus anerkannt hat, alle in den laut bestehenden Bestimmungen vorgesehenen Schulregistern Eingeschriebenen wie auch die Kinder der Kindergärten und Schülerinnen und Schüler der staatlichen, gleichgestellten und anerkannten privaten Grund- und Sekundarschulen der Unter- und Oberstufe, der Berufs-, Landwirtschafts-, Forstwirtschafts- und Hauswirtschaftsschulen in der Autonomen Provinz Bozen und des Instituts für Musikerziehung in deutscher und ladinischer Sprache.
Versicherter:	Die natürliche oder juristische Person, deren Interesse durch die Versicherung geschützt wird, sprich die „Schüler“.
Versicherung:	Der Versicherungsvertrag.
Polizze:	Das Dokument, das den Abschluss der Versicherung bescheinigt.
Versicherungsnehmer:	Die Autonome Provinz Bozen - Südtirol.
Vertrag:	Der Dienstleistungsauftrag über die Unfallversicherung zugunsten der Kinder der Kindergärten sowie der Schülerinnen und Schüler aller Schulstufen der Autonomen Provinz Bozen, CIG ...
Begünstigter:	Im Todesfall die gesetzlichen oder testamentarischen Erben des Versicherten; in allen anderen Fällen der Versicherte selbst.
Didaktischer Fernunterricht:	Die Gesamtheit der vom Unterrichtsministerium geregelten Aktivitäten, welche außerhalb der schulischen Räumlichkeiten stattfinden muss, ohne der physischen Mitwesenheit der Lehrkräfte und Schüler im selben Ort, mit der Hilfe von telematischen Instrumenten wie Computer, Tablet und Smartphone.
Gesellschaft:	Das Versicherungsunternehmen sowie die Mitversicherer.
Prämie:	Die Summe, die der Versicherungsnehmer der Gesellschaft schuldet.
Risiko:	Die Wahrscheinlichkeit, dass der Schadensfall eintritt und das Ausmaß der Schäden, die dadurch entstehen können.
Schadensfall:	Das Auftreten eines Schadensereignisses, das die Leistungspflicht des Versicherungsschutzes auslöst.
Entschädigung:	Die Summe, die die Gesellschaft im Schadensfall schuldet.
Selbstbeteiligung:	Der Teil des eingetretenen Schadens in Höhe eines bestimmten Betrags, den der Versicherte selbst trägt.
Relativer Selbstbehalt:	Die Schwelle des Schadens in prozentueller Invalidität ausgedrückt, unter welcher der Schadensfall nicht entschädigt wird. Somit wird keine Entschädigung ausgezahlt, wenn der Schaden gleichen Grades oder unterhalb des Selbstbehaltes liegt. Ist der Schaden hingegen höher, wird die Entschädigung in vollem Ausmaß ohne jeglichen Abzug des Selbstbehaltes ausbezahlt.
Selbstbehalt:	Der Teil des eingetretenen Schadens in Höhe eines bestimmten Prozentsatzes, den der Versicherte selbst trägt.
Versicherungsjahr oder Versicherungszeitraum:	Der Zeitraum gleich oder unter 12 Monaten zwischen dem Laufzeitbeginn und dem Ablaufdatum oder dem Datum der Beendigung der Versicherung.
Unfall:	Schadensereignis, das durch eine zufällige, gewaltsame, von außen einwirkender Ursache ausgelöst wird und zu objektiv feststellbaren

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

	körperlichen Verletzungen führt, die den Tod und/oder eine dauernde Invalidität und/oder eine zeitweilige Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.
Dauerhafte Invalidität:	Die verringerte Arbeitsfähigkeit oder der endgültige und unwiederbringliche Verlust einer jegliche Arbeitsfähigkeit, unabhängig des vom Versicherten ausgeübten Berufes.
Zeitweilige Arbeitsunfähigkeit:	Der zeitweilige gänzliche oder teilweise Verlust der Fähigkeit des Versicherten, aufgrund des Unfalles den erklärten beruflichen Tätigkeiten nachzugehen.
Krankenanstalt:	Beim Nationalen Gesundheitsdienst akkreditierte öffentliche Krankenhäuser, Kliniken, Pflegeanstalten sowie rechtlich anerkannte und ordnungsgemäß zugelassene private Einrichtungen für die Hospitalisierung von Kranken, ausgeschlossen Kuranstalten, Genesungsheime und Aufenthaltszentren.
Krankenhausaufenthalt:	Stationärer Aufenthalt in einer Krankenanstalt mit mindestens einer Übernachtung.
Risiko in itinere	Die Möglichkeit, dass sich der Unfall auf dem Weg von zu Hause zum Unterrichtsort und umgekehrt; sowie auf dem Weg zu anderen Orten, wo die schulische Aktivität stattfindet, vorausgesetzt die Unfälle ereignen sich während der notwendigen Zeit, die es braucht, um die Strecke mit den öffentlichen oder privaten Fahrzeugen zurückzulegen.
Obergrenze pro Jahr	Die Obergrenze, der Gesellschaft für einen oder mehrere Unfälle in einem Versicherungsjahr oder Versicherungszeitabschnitt.
Obergrenze pro Schadensfall:	Der Höchstbetrag, welcher von Gesellschaft pro Versicherungsfall ausbezahlt wird.
Student/Studentin	Siehe „Schüler“

Art. 2 - Identifizierung der versicherten Personen

Der gegenständliche Versicherungsvertrag wird für die beschriebene Kategorie abgeschlossen, für welche der Versicherungsnehmer die Pflicht oder das Interesse hat, den Versicherungsschutz zu gewährleisten und gilt für die Unfälle, die die Versicherten während der Teilnahme an den Tätigkeiten, die vom Versicherungsnehmer erklärt werden, erleiden.

Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht befreit, vorab die Personalien der versicherten Personen anzugeben: zwecks der Identifikation dieser Personen wird man auf die beim Versicherungsnehmer aufbewahrten Dokumentation Bezug nehmen. Auch ist der Versicherungsnehmer von der Pflicht befreit, Krankheiten, Gebrechen, Verstümmelungen und körperlichen Mängel, unter denen die versicherten Personen leiden könnten, mitzuteilen.

TEIL 2 ALLGEMEINE VERTRAGSBEDINGUNGEN

Art. 1 - Angaben zu den Risikoumständen-Änderung des Risikos

1. Unrichtige Erklärungen oder die Verschweigung von Tatsachen durch den Versicherungsnehmer, welche die Risikobemessung beeinflussen, können den vollständigen oder teilweisen Verlust des Rechts auf die Entschädigung sowie die Nichtigkeit der Versicherung im Sinne der Artikel 1892, 1893 und 1894 des italienischen Zivilgesetzbuches bewirken.

Jedoch beeinträchtigen das Unterlassen, die Unvollständigkeit oder die Unrichtigkeit der Erklärung des Versicherungsnehmers über einen Umstand, der das Risiko möglicherweise erhöht – sei es während der Gültigkeitsdauer dieser Polizze oder zum Zeitpunkt ihrer Unterzeichnung – nicht das Recht auf Entschädigung, sofern diese ausgelassenen, unvollständigen oder unrichtigen Angaben nicht auf Vorsatz des Versicherungsnehmers beruhen.

2. Unter Risikoänderung ist jede Änderung zu verstehen, die eine andere Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Schadensfalles oder eine Veränderung seiner Folgen mit sich bringt, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht vorgesehen oder nicht vorhersehbar waren.

3. Jeder Umstand, der nach der Zuschlagserteilung eintritt und eine Risikoänderung bewirkt, muss vom Versicherungsnehmer der Gesellschaft innerhalb von fünfzehn Tagen nach Kenntniserlangung schriftlich mitgeteilt werden.

4. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, Risikoänderungen schriftlich mitzuteilen, die sich aus neuen gesetzlichen Bestimmungen oder aus Änderungen der höchstgerichtlichen Rechtsprechung ergeben.

5. Nicht bekannte oder von der Gesellschaft nicht akzeptierte Risikoerhöhungen können gemäß Art. 1898 des Bürgerlichen Gesetzbuchs zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Anspruchs auf Entschädigung führen.

6. Im Falle einer Verringerung des Risikos ist das Unternehmen verpflichtet, die Prämie oder die nach der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Prämienraten gemäß Art. 1897 des Zivilgesetzbuches zu reduzieren und verzichtet abweichend von letzterem Artikel auf das entsprechende Rücktrittsrecht. Die infolge der im vorliegenden Absatz vorgesehenen Fälle eintretende Prämienminderung wird mit Wirkung ab dem folgenden Versicherungsjahr ... wirksam.

7. Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind von jeder Verpflichtung befreit, Schäden mitzuteilen, die zuvor von ihnen abgeschlossene Polizze betroffen haben, die dieselben Risiken abdecken, und zwar vor Abschluss der vorliegenden Versicherungspolizze.

Art. 1 bis – Preisüberprüfung und Änderungen des während der Ausführung bestehenden Vertrags

1. Gemäß Art. 60 und Anhang II.2-bis des GvD Nr. 36/2023 werden, wenn sich während der Vertragsausführung aufgrund besonderer objektiver Bedingungen eine Änderung — Erhöhung oder Verringerung — der Servicekosten um mehr als fünf Prozent des Gesamtbetrags ergibt, die Preise mit den vorgesehenen Modalitäten von Art. 7 der besonderen Vertragsbedingungen – Teil II. Die Preisüberprüfung wird nach den ersten 12 Monaten des Vertrags mit jährlicher Frequenz angewandt.

2. In Abweichung von Art. 1898 des Zivilgesetzbuches kann das Unternehmen im Falle einer Risikoerhöhung, sechs Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres und auf Grundlage der zur Verfügung stehenden und dem Versicherungsnehmer mitzuteilenden Daten, gemäß Art. 120 des GvD Nr. 36/2023 eine begründete Anpassung der Prämie und/oder der vertraglichen Bedingungen bezüglich der Selbstbehalte und/oder der Versicherungssummen verlangen.

3. Der Versicherungsnehmer entscheidet innerhalb von 15 Tagen nach Abschluss der diesbezüglichen Prüfung und unter Berücksichtigung der vorgebrachten Anträge darüber und ist berechtigt, einen eigenen Gegenentwurf zur Änderung zu unterbreiten.

4. Im Falle einer Einigung zwischen den Parteien wird die Vertragsänderung ab dem neuen Versicherungsjahr wirksam.

5. Im Falle einer Nichteinigung findet das im nachfolgenden Art. 1 ter Vorgesehene Anwendung.

Art. 1 ter – Rücktrittsklausel

1. Es wird auf die Bestimmungen der Artikel 122 (Auflösung) und 123 (Rücktritt) des Kodex der öffentlichen Aufträge, GvD Nr. 36/2023, sowie auf Artikel 25 der Besonderen Vertragsbedingungen - Teil I verwiesen.

Art. 1 quater – Bekanntes Ereignis

1. Die Versicherung deckt jene Schadensfälle, die während der Gültigkeitsdauer des Vertrags gemeldet werden und ab dem ... eingetreten sind.
2. Die Versicherung deckt keine Schadensfälle, für die der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags bereits eine formelle Schadenersatzforderung erhalten oder formelle Kenntnis vom schädigenden Ereignis erlangt hat.
3. Im Fall von Serienschäden gilt das Datum des ersten Schadensfalls als maßgebliches Datum für alle nachfolgenden Schadenersatzforderungen. Als Serienschaden gilt die Gesamtheit mehrerer Schadensfälle, die auf dieselbe Ursache zurückzuführen sind.

Art. 2 - Mehrfachversicherung

In Abweichung zum ersten und zweiten Absatz des Artikels 1910 Zivilgesetzbuch sind der Versicherungsnehmer und die Versicherten von der Pflicht befreit der Gesellschaft die Existenz und einen nachträglichen Abschluss weiterer Versicherungsverträge für dasselbe Risiko mitzuteilen. In Falle eines Schadenfalles ist der Versicherungsnehmer und die Versicherten verpflichtet allen Versicherungsgesellschaften über diesen in Kenntnis zu setzen und diesen den Namen aller Gesellschaften mitzuteilen.

Art. 3 - Vertragsdauer und Vertragsverlängerung

Der Vertrag hat eine Dauer von vier Jahren. Der Versicherungsschutz beginnt um 24:00 Uhr des 31.08.2026 und endet um 24:00 Uhr des 31.08.2030. Es besteht die Möglichkeit dem Zuschlagsempfänger die Dienstleistung für weitere 12 Monate, laut Art. 76, Abs. 6 des GvD. Nr. 36/2023 in geltender Fassung, anzuvertrauen.

Der Versicherungsvertrag läuft bei seinem natürlichen Ablauf ohne Kündigungspflicht für die Parteien aus. Außerdem hat der Versicherungsnehmer das Recht, mit einer Vorankündigung nicht unter 30 (dreißig) Tagen vor dem Vertragsablauf bei der Gesellschaft eine vorübergehende Verlängerung der vorliegenden Versicherung zu beantragen, um die Zuschlagsverfahren für die neue Versicherung abwickeln bzw. abschließen zu können. Die Gesellschaft verpflichtet sich bei Zahlung der entsprechenden Prämienrate ab sofort, die Versicherung in einem solchen Falle zu denselben vertraglichen und wirtschaftlichen Bedingungen für einen Zeitraum von 180 (hundertachtzig) Tagen nach ihrem Ablauf zu verlängern.

Art. 4 - Zahlung der Prämie und Laufzeit des Versicherungsschutzes

Die Versicherung ist ab 24:00 Uhr des im Versicherungsvertrag angegebenen Tages wirksam, auch wenn die erste Prämie erst innerhalb der darauffolgenden 60 Tage bezahlt wird.

Wenn der Versicherungsnehmer die Prämien nicht bezahlt, bleibt die Versicherung ab 24:00 Uhr des 60. Tages nach dem oben genannten Tag des Laufzeitbeginns für die erste Prämie oder ab 24:00 Uhr des 60. Tages nach dem Tag des Beginns für die nachfolgenden Prämienfälligkeiten ausgesetzt. Sie tritt um 24:00 Uhr des Tages der Zahlung wieder in Kraft, unbeschadet aller weiteren Fälligkeiten und des Rechts des Versicherers auf die Zahlung der ausstehenden Prämien im Sinne des Artikels 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches.

Im Sinne des Artikels 48 des DPR 602/1973 weist der Versicherer darauf hin, dass:

1. die Versicherung ihre Gültigkeit auch während der Abwicklung etwaiger Überprüfungen beibehält, die der Versicherungsnehmer im Sinne des Dekrets des Wirtschafts- und Finanzministeriums Nr. 40 vom 18. Januar 2008 durchführen sollte, wobei der im Artikel 3 des Dekrets angeführte Aussetzungszeitraums von 30 Tagen inbegriffen ist;
2. die Zahlung, die der Versicherungsnehmer direkt an den Einhebungsbeauftragten im Sinne von Artikel 72-bis des DPR 602/1973 tätigt, als vertragliche Pflichterfüllung gemäß Artikel 1901 des italienischen Zivilgesetzbuches gegenüber dem Versicherer selbst gilt.

Art. 5 - Pflichten in Bezug auf die Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010

Der Zuschlagsempfänger ist verpflichtet, alle vom Gesetz Nr. 136/2010 vorgesehenen Obliegenheiten zur Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse zu erfüllen.

Sollte die Gesellschaft in den entstehenden Beziehungen zu ihren eventuellen Subunternehmern und Unterauftragnehmern aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, von der Nichterfüllung der eigenen Vertragspartner in Bezug auf die Pflichten der Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Artikel 3 des Gesetzes Nr. 136/2010 erfahren, hat sie dies dem auftraggebenden Werk und dem Regierungskommissariat der Provinz, in der das auftraggebende Werk seinen Sitz hat, unmittelbar mitzuteilen.

Die Verwaltung kann bei jeder Zahlung an den Auftragnehmer und anhand zusätzlicher Kontrollmaßnahmen überprüfen, ob der Auftragnehmer, die Subunternehmer und die Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, ihre Pflichten im Hinblick auf die Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse erfüllen.

Die Gesellschaft verpflichtet sich, jegliche Unterlagen zum Nachweis der Pflichterfüllungen im Hinblick auf die Gewährleistung der Verfolgbarkeit der Geldflüsse gemäß Gesetz Nr. 136/2010 durch sie selbst sowie durch die Subunternehmer und Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, vorzulegen.

Den Bestimmungen von Artikel 3, Absatz 9-bis des Gesetzes Nr. 136/2010 zufolge liegt ein Grund für die Vertragsaufhebung im Sinne von Artikel 1456 des italienischen Zivilgesetzbuches vor, wenn die Auftragnehmer, Subunternehmer, Unterauftragnehmer aus der Reihe der Unternehmen, die in jeglicher Weise ein Interesse an der Durchführung des vorliegenden Versicherungsauftrages haben, für Geldschäfte im Zusammenhang mit Zahlungen nicht die Bank- oder Postüberweisung bzw. andere Zahlungsmittel verwenden, mit denen die Geldflüsse zur Gänze verfolgt werden können. Die Vertragsaufhebung findet Anwendung, wenn die Partei, die ein Interesse daran hat, der anderen erklärt, sich der Aufhebungsklausel bedienen zu wollen. Die Aufhebung erstreckt sich im Sinne des Artikels 1458 des italienischen Zivilgesetzbuches nicht auf die Verpflichtungen der Gesellschaft, die sich aus Schadensfällen ergeben, welche sich vor der Vertragsaufhebung zugetragen haben.

Art. 6 - Prämienregulierung

Da die Prämie zur Gänze oder zum Teil auf der Grundlage von variablen Risikoelementen vereinbart wird, wird sie vorläufig in Höhe jenes Betrags vorausgezahlt, der sich aus der im Teil 6 dieses Versicherungsvertrags enthaltenen Berechnung ergibt. Die Prämie wird beim Ablauf eines jeden Versicherungsjahres oder jeder kürzeren Vertragsdauer auf der Grundlage der Änderungen angepasst, die sich im berücksichtigten Zeitraum in den Elementen, welche die Prämienbemessungsbasis bilden, ergeben haben.

Zu diesem Zweck hat der Versicherungsnehmer innerhalb von 90 Tagen nach Ablauf jedes jährlichen Versicherungszeitraums der Gesellschaft alle für die Prämienendabrechnung nötigen Daten schriftlich bereit zu stellen:

Die aktiven oder passiven Differenzen, die sich aus der Prämienregulierung ergeben, müssen innerhalb von 60 Tagen nach dem Datum gezahlt werden, an dem der Versicherungsnehmer die von der Gesellschaft als korrekt befundene Regulierungsaufstellung erhalten hat.

Sorgt der Versicherungsnehmer innerhalb der vorgeschriebenen Fristen nicht für die Mitteilung der vorgenannten Daten oder für die Zahlung des geschuldeten aktiven Differenzbetrages, muss die Gesellschaft anhand einer formellen Inverzugsetzung eine Nachfrist nicht unter 30 Tagen gewähren und dies schriftlich mitteilen. Nach Verstreichen dieser Nachfrist wird die vorläufig für die nachfolgende Rate vorausgezahlte Prämie zur Abrechnung oder als Sicherheit für die Prämie jenes jährlichen Versicherungszeitraums herangezogen, für welchen die Regulierung oder die Zahlung des aktiven Differenzbetrages nicht stattgefunden hat. Der Versicherungsschutz bleibt bis 24:00 Uhr des Tages, an dem der Versicherungsnehmer seine Pflicht erfüllt, ausgesetzt, unbeschadet des Rechts der Gesellschaft, rechtliche Schritte einzuleiten oder per Einschreiben die Vertragsaufhebung zu erklären.

Sollte die Nichtmitteilung der Regulierungsdaten oder die Nichtzahlung der Ausgleichsprämie nicht auf vorsätzliches Verhalten des Versicherungsnehmers zurückzuführen sein, können die etwaigen Schadensfälle in dem Verhältnis entschädigt werden, das zwischen der vorausgezahlten Prämie und der insgesamt geschuldeten Prämie (Vorauszahlung plus Ausgleichszahlung) besteht.

Wenn der Versicherungsnehmer im Falle eines abgelaufenen Vertrags seine Prämienregulierungspflichten nicht erfüllt, muss die Gesellschaft ebenfalls eine Nachfrist von 30 Tagen gewähren. Nach Verstreichen dieser Nachfrist ist die Gesellschaft, für die im Zeitraum der nichterfolgten Regulierung aufgetretenen Schadensfälle nicht mehr verpflichtet, die Versicherungsleistung zu erbringen. Sie hat ebenfalls das Recht, rechtliche Schritte einzuleiten.

Die Gesellschaft hat das Recht, Überprüfungen und Kontrollen durchzuführen, für die der Versicherungsnehmer alle nötigen Klarstellungen und Unterlagen bereitzustellen verpflichtet ist.

Art. 7 - Rücktritt nach Schadensfall - Verzicht

Die Gesellschaft verzichtet auf das Recht, nach jedem Schadensfall vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Art. 8 – Beweis / Prüfung des Vertrages und Änderungen der Versicherung

Die Gesellschaft ist verpflichtet dem Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag und die dazugehörenden vertragsrelevanten Anhänge innerhalb und nicht länger als 30 Tagen ab dem Wirkungsdatums eines jeden Dokuments.

Etwaige Änderungen des vorliegenden Versicherungsvertrags müssen schriftlich bescheinigt werden. Etwaige Änderungen, welche Erhöhungen der Prämie, gelten als wirksam ab der eingeforderten Laufzeit, unbeschadet der Bezahlung der relativen Prämie innerhalb von 60 Tagen nach der Übermittlung des Änderungsanhangs, das formell als korrekt angesehen wurde.

Art. 9 - Form der Mitteilungen des Versicherungsnehmers an die Gesellschaft

Alle Pflichtmitteilungen des Versicherungsnehmers müssen über das zertifizierte elektronische Post (ZEP) an die Gesellschaft gerichtet werden.

Art. 10 - Steuern und Abgaben

Alle gegenwärtigen und zukünftigen Steuern und Abgaben im Zusammenhang mit der Prämie, den Entschädigungen, dem Versicherungsvertrag und den davon abhängenden Akten sind zu Lasten des Versicherungsnehmers, auch wenn sie von der Gesellschaft im Voraus entrichtet werden.

Art. 11 - Gerichtsstand

Für allfällige Streitigkeiten in Bezug auf den vorliegenden Vertrag gilt als Gerichtsstand ausschließlich des Gerichts des Ortes, an dem der Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

Art. 12 –Auslegung des Vertrages

Unter den Parteien wird vereinbart, dass bei Zweifeln in der Interpretation auch von nur einer Vertragsbedingung, diese so ausgelegt werden muss, dass die Bedingung als legitim angesehen werden kann und nicht gegen Gesetzesverordnungen verstößt; auf alle Fälle wird in Bezug auf die gesamten Versicherungsvertragsbedingungen die großzügigste und für den Versicherten günstigste Vertragsauslegung Anwendung findet.

Art. 13 – Versicherung für die sie zusteht - Inhaberschaft der sich aus dem Vertrag ergebenden Rechte

Auslegung des Vertrages

Der vorliegende Versicherungsvertrag ist vom Versicherungsnehmer im eigenen Namen und/oder im Interesse für die sie zusteht, abgeschlossen.

Art. 14 - Pflicht zur Mitteilung der Daten über die Schadensfälle

Die Gesellschaft verpflichtet sich, dem Versicherungsnehmer zu den halbjährlichen Fälligkeiten die wie nachstehend detaillierte Aufstellung der Schadensfälle elektronisch im Microsoft-Excel®-Format oder in einem gleichwertigen elektronischen Format mitzuteilen. Die Aufstellung muss auf den Stand der letzten 60 vorhergehenden Tage aktualisiert sein:

- von der Gesellschaft zugewiesene Identifikationsnummer (im Format „Zahl“);
- Datum des Schadensfalles (im Format „Datum“);
- Datum des Auftretens des Ereignisses, falls es nicht mit dem Datum des Schadensfalles übereinstimmt (im Format „Datum“);
- detaillierte Beschreibung des Ereignisses (im Format „Text“);
- Bearbeitungsstand (offen, geschlossen ohne Folgen, geschlossen mit Zahlung, nicht gedeckt) (im Format „Text“);

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

- geschätzter Entschädigungsbetrag (von der Gesellschaft zugewiesene sogenannte „Schadensrücklage“ (im Format „Währung“);
- von der Gesellschaft ausgezahlter Entschädigungsbetrag (im Format „Währung“);
- Datum der erfolgten Zahlung (im Format „Datum“).

Die Gesellschaft erkennt ausdrücklich an, dass alle in der gegenständlichen Vertragsklausel enthaltenen Bestimmungen:

- sie verpflichten, das vorgenannte Dokument auf der Grundlage einer akkuraten und aktualisierten Aufklärung über die Sachlage ab dem Datum des Anlegens der Schadensakte abzufassen, bis jede vertraglich oder rechtlich verlangte Tätigkeit erbracht wurde;
- grundlegende Verpflichtungen für den Abschluss und die Erfüllung des vorliegenden Versicherungsvertrags darstellen; sie sind erforderlich, um den Versicherungsnehmer über die Bestands- und Schlüsselemente seines Vertragsverhältnisses mit der Gesellschaft ebenso wie über jedwede Wirkung oder Pflicht, die von der geltenden und anwendbaren Gesetzgebung vorgesehen sind, rechtzeitig und effizient in Kenntnis zu setzen.

Für die Verpflichtungen in Zusammenhang mit den Informationen, die auch nach dem Ablaufdatum des Vertrags bereitzustellen sind, wird die Anwendung eventueller Vertragsstrafen durch die endgültige Sicherheit gewährleistet, welche erst nach vollständiger Übermittlung der angeforderten Informationen freigegeben werden kann.

Diese beschriebenen Pflichten hindern den Versicherungsnehmer jedoch nicht daran, anhand der vorgenannten Modalitäten zu anderen Zeitpunkten als angeführt eine Aktualisierung zu beantragen und diese mit der Zustimmung der Gesellschaft zu erlangen.

Art. 15 - Verweisung auf die Gesetzesvorschriften

Für alles, das im vorliegenden Versicherungsvertrag nicht anderweitig geregelt ist, gelten die Gesetzesvorschriften.

Art. 16 - Verzicht auf Einsetzung

Die Gesellschaft verzichtet zugunsten des Versicherten und dessen Anspruchsberechtigten auf ihr allfälliges Recht auf Einsetzung in die Rechte des Versicherten gegenüber den für den Unfall Haftenden gemäß Artikel 1916 des italienischen Zivilgesetzbuches.

Art. 17 - Territorialer Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der gesamten Welt.

Art. 18 - Mitversicherung und Bevollmächtigung

Ist die Versicherung in genau festgesetzten Quoten unter verschiedenen Gesellschaften laut Art. 1911 des italienischen Zivilgesetzbuches aufgeteilt, so müssen diese im Anhang des Versicherungspolizze angeführt sein, aufrecht bleibend, in Abweichung des Art. 1911 des italienischen Zivilgesetzbuches, die Solidarhaftung aller mitversichernden Gesellschaften gegenüber des Versicherungsnehmers und des Versicherten für die mit dem Vertragsabschluss angenommenen Verpflichtungen.

Die Gesellschaft, zum Zwecke als bevollmächtigte Mitversicherer erklärt von den im Anhang des Versicherungsvertrages angeführten Mitversicherern Bevollmächtigung erhalten zu haben, um:

- die Versicherungspolizze und die oben angeführten Dokumente auch in ihrem Namen und Auftrag zu unterzeichnen, dies gilt auf für dieses Dokument;
- die Prämien der Versicherung einzulösen und die Entschädigungen zu bezahlen;
- jede Mitteilung des Versicherungsvertrages betreffend entgegenzunehmen und zu übermitteln, auch jene, welche sich auf Verlängerungen und Rücktritte beziehen;

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

Es ist vereinbart, dass zum Zeitpunkt der Bezahlung der Entschädigung, kraft der oben angeführten Verordnung, alle mitversichernden Gesellschaften solidarisch haften; alles, was hier nicht anderslautend festgelegt ist, gelten die Gesetzesbestimmungen.

Art. 19 – Schlussbestimmungen

Es ist vereinbart, dass nur die maschinengeschriebenen Bestimmungen Anwendung finden. Die vom Versicherungsnehmer gesetzte Unterschrift auf den von der Gesellschaft vorgesehenen Vordrucken gilt nur als Kenntnisnahme der Prämie und der Aufteilung des Risikos unter den Gesellschaften, die sich an der Mitversicherung beteiligen.

Art. 20 – Sanction Clause / OFAC

Von den Parteien wird anerkannt, dass Italien eigenständig oder als Mitglied von internationalen Organisationen Embargomaßnahmen oder Sanktionen gegenüber anderen Staaten ergreift, welche den Parteien Freiheitseinschränkungen auferlegen können, um vertragliche Verbindlichkeiten auf sich zu nehmen oder auszuführen.

Die Gesellschaft wird laut dieses Versicherungsvertrages weder eine Deckung gewähren noch wird sie keinerlei Entschädigung und/oder Schadenersatz begleichen, ebenso wenig einen Vorteil anerkennen, wenn die Leistung für die Deckung, die Auszahlung der Entschädigung u/o Schadenersatzes, oder die Anerkennung eines Vorteils die Gesellschaft Strafen, Verbote oder Einschränkungen aussetzt, eingefordert von Resolutionen der Vereinigten Nationen oder von Handels- und Wirtschaftssanktionen, die von Maßnahmen der Republik Italien, der europäischen Union, des Vereinigten Königreichs oder der Vereinigten Staaten von Amerika vorgesehen sind.

Die gegenwertige Verordnung schafft jede in den enthaltenen allgemeinen Versicherungsbedingungen gegenteilige Bestimmung ab und ersetzt sie.

TEIL 3 GEDECKTE RISIKEN

Art. 1- Gegenstand der Versicherung und der Deckung

Der Versicherungsschutz gilt für die Unfälle, welche die Versicherten in den schulischen Einrichtungen erleiden, auf dem Schulweg, während der internen und externen Tätigkeiten, ohne zeitlicher Eingrenzung, von der Schule und/oder organisiert, geleitet, ausgeführt und/oder autorisiert, miteinbezogen ergänzende, vorausgehende o zugehörnde Aktivitäten, soweit und/oder in Übereinstimmung mit der geltenden Schulgesetzgebung mit Ausschluss vorsätzlicher Delikte vom Versicherten begangen oder versucht.

In Anbetracht der Ausweitung der INAIL-Deckung gemäß D.L. 48/2023 und Gesetz 109/2025 gilt die vorliegende Polizza mit den folgenden Modalitäten:

1)Primärdeckung: Für alle Ereignisse, die nicht von der INAIL gedeckt sind, wie z.B. Wegeunfälle der Schüler*innen (Wohnung–Schule), Tätigkeiten, die nicht unmittelbar dem Lernprozess zuzuordnen sind, sowie Schäden gegenüber Dritten (Haftpflicht – RCT).

2)Ergänzende Deckung (Zweitrangiges Risiko): Für Ereignisse, die von der INAIL entschädigt werden können, deckt die Polizza den sogenannten „differenziellen Schaden“, also jenen Schadensteil, der vom öffentlichen Institut nicht ersetzt wird, einschließlich der vom nationalen Gesundheitsdienst (SSN) nicht gedeckten medizinischen Kosten sowie der Beeinträchtigungen der psychophysischen Integrität.

Zur Vereinfachung aber nicht einschränkend:

- a) während der Unterrichtszeit, und auch während der Zeit in der der Zugang und die Anwesenheit in den Schularealen erlaubt ist, z.B. in Bezug auf die Eintrittszeit (Zeitabschnitt zwischen der Öffnung der Schultore und Unterrichtsbeginn) und Ausspeisungsaktivitäten sowie schulische Nachmittagsbetreuung;
- b) während des Sportunterrichts und typischen und/oder spezifischen schulischen Aktivitäten, Erholungs-, Sprach-, Musik-, Gesangs-, Turnübungsaktivitäten, auch wettkampfmäßig, bei Ausflügen, Spaziergängen und Wanderungen;
- c) während des Aufenthaltes in landeseigenen oder direkt vom Land geführten Schülerheimen;
- d) während der Schulausspeisung, der täglichen Freizeit- und Spielaktivitäten (Turnübungen und allgemeiner sportlicher Ertüchtigung, Fußball spielen eingeschlossen, aber ausgenommen die Beteiligung an Wettkämpfen und Meisterschaften);
- e) während der Teilnahme, am Training und Wettkämpfen der Schülermeisterschaften und bei allen anderen Sportveranstaltungen auf Schulebene, von den provinziellen und regionalen Schülern organisiert;
- f) während der berufsbegleitenden Ausbildung Schule – Arbeit, der Schulpraktika, des kulturellen Austausches auch mit dem Ausland;
- g) während der Besuche in Museen, Ausgrabungsstätten, Ausstellungen und Messen, Baustellen, Betriebe und Werkstätten, wie auch während kulturellen, künstlerischen, religiösen Veranstaltungen sowie Ausflügen, Spaziergängen und Wanderungen, immer unter den geltenden Bestimmungen;
- h) während didaktischen Ausgängen, Führungen, Studienreisen mit gewöhnlichen Fahr- und Transportmitteln zu Land, Luft und Wasser unter der Voraussetzung, dass sie in Gruppe und unter der Organisation und Aufsicht des dazu vorgesehenen Personals ausgeübt werden;
- i) während der Wegstrecke von zu Hause zur Schule und zurück, oder zu Orten, wo die Aktivitäten ausgeübt werden, wie oben angeführt, zu Fuß oder mit jedem geeigneten Fahrzeug zurückgelegt; miteinbezogen sind Unfälle, die während des ein- und Aussteigens der benützten Fahrzeuge geschehen (Risiko in itinere);
- j) während des Erreichens und Aufenthalts an Orten, wo die Schulausspeisung, die schulergänzenden Tätigkeiten oder religiöse Funktionen stattfinden, immer in Zusammenhang mit schulischer Tätigkeit, oder Orte für außerschulische Tätigkeiten, Sportstätten und wo schulische Sportwettkämpfe oder Kurse stattfinden, von zu Hause oder der Schule zu Einrichtungen des Sanitätsbetriebs, Krankenanstalten, Gesundheitseinrichtungen oder Zentren für die Rehabilitation der psychomotorischen und sensorischen Funktion;
- k) während der Aktivitäten im Fernunterricht, von den Schulen beschlossen und umgesetzt, wie von den zustehenden Behörden vorgesehen;

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

- l) während den Vorbereitungen, Training und schulischen Sportspielen und Sportveranstaltungen im schulischen Bereich auf Bezirks-, Landes- oder Staatsebene, während oder außerhalb der Unterrichtsstunden, die von Schulgremien, von der Landesverwaltung oder von der Internationalen Schulsportföderation auch leistungssportmäßig organisiert und durchgeführt werden. Diese Veranstaltungen müssen unter der Leitung von Lehrpersonen und Trainern, die unbedingt der Schul- oder Landesverwaltung anzugehören haben (zum Beispiel Skilehrer, Schwimmlehrer, Tennislehrer);
- m) während der Fahrkurse, die in den Schulen im Sinne des Artikels 116 des Legislativdekrets Nr. 285 vom 30.04.1992 und des Beschlusses der Landesregierung Nr. 4827 vom 22.12.2003 organisiert werden;
- n) während der Ausübung von Gottesdiensten, die mit den schulischen Aktivitäten oder innerschulischen, schulergänzenden oder unterrichtsbegleitenden Tätigkeiten im Zusammenhang stehen, oder die im Rahmen der Schulen abgewickelt werden, sofern sie von diesen gefördert und organisiert werden;
- o) während aller Betreuungs- und Begleitungsangebote außerhalb der Schulzeiten gemäß Art. 11 des Landesgesetzes vom 17. Mai 2013, Nr. 8; sofern diese von Kindergärten oder Schulen angeboten werden;
- p) unter den Versicherungsschutz fallen auch jene Unfälle, die bei Veranstaltungen gemäß den Landesgesetzen Nr. 45/76, Nr. 5/87 und Nr. 18/88 (Bildungsinitiativen, Erlernen der zweiten Sprache und von Fremdsprachen) von Begleitpersonal bzw. von den Koordinatoren, von den Lehrkräften, von anderem Schulpersonal bei der Teilnahme an schulischen Tätigkeiten an Schulen der Provinz Bozen, von den Gastfamilien oder von anderen Personen (einschließlich der Familienangehörigen), die auch nur zeitweilig und gelegentlich mit der Begleitung, Betreuung und Beaufsichtigung der vorgenannten Personen beauftragt werden, erlitten werden;
- q) während der Zeit des Aufenthalts in Einrichtungen des Sanitätsbetriebs oder in Krankenanstalten, Gesundheitseinrichtungen oder Zentren für die Rehabilitation von psychomotorischen und sensorischen Funktionen, die für diagnostische Untersuchungen, therapeutische Maßnahmen und Rehabilitationsübungen erforderlich ist;
- r) während der Absolvierung von Schulpraktika auch außerhalb der Schule;
- s) jede weitere schulische Tätigkeit, die von der Landesverwaltung oder von Dritten organisiert oder auch nur mitgetragen wird, die einen erzieherischen Zweck verfolgen;
- t) jede Tätigkeit der Landesgremien im Schulbereich, in denen Schüler vertreten sind;
- u) während der Teilnahme an Kursen, Ausbildungsveranstaltungen, Tagungen und Prüfungen, die im Rahmen der Berufsbildung und Handwerksausbildung und auf der Grundlage der folgenden Landesgesetze Nr. 29/1977, Nr. 40/1992, Nr. 1/2008, Nr. 58/1988 und Nr. 7/2000;
- v) während der Teilnahme an Kursen, Reisen, Aufenthalten oder anderen Initiativen, welche die Förderung des Erlernens von Fremdsprachen sowie der zweiten Sprache, einschließlich der Intensivsprachwochen, die von der Autonomen Provinz Bozen direkt oder über Dritte, gemäß der Landesgesetze Nr. 45/76, Nr. 5/87 und Nr. 18/88, im In- und Ausland organisiert werden.

Die Aktivitäten gemäß vorliegendem Artikel und im Allgemeinen jegliche schulische, innerschulische, schulergänzende oder unterrichtsbegleitende Tätigkeit oder im Zusammenhang mit der Teilnahme am Schulleben in jeglicher Form müssen direkt oder über Dritte von den zuständigen Schulorganen organisiert oder gefördert werden.

Der Versicherungsschutz wird auch auf folgende Punkte ausgeweitet:

- a) Erstickung nicht krankhaften Ursprungs;
- b) Erstickung durch Verschlucken von Feststoffen und/oder Flüssigkeiten;
- c) Vergiftungen durch Einnahme oder Resorption von Substanzen;
- d) Verbrennungen jeglicher Art, auch mit korrosiven Substanzen;
- e) Krankheiten infolge von Tierbissen oder Insektenstichen oder Spinnenbissen;
- f) Ertrinken;
- g) Erfrierung oder Kälteeinwirkung;
- h) Blitzschlag;
- i) Sonnenstich oder Hitzeschlag oder Kälteschlag;
- j) traumatische Hernie und Verletzungen (Infarkte ausgeschlossen) durch traumatisch bedingter Muskelanstrengung;
- k) Unfälle durch Überfälle und Aggressionen im Allgemeinen;
- l) Unfälle durch Aufruhr, Terrorakte, Vandalismus, Attentate, Entführungen, Raubüberfälle, Entführung von Fahrzeugen bzw. Piraterie, sofern der Versicherte nicht aktiv daran teilgenommen hat;
- m) Unfälle durch Übelkeit und Bewusstlosigkeit oder Schwindelanfall;

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

- n) Unfälle durch unvorsichtiges Verhalten, Unerfahrenheit und Nachlässigkeit des Versicherten, auch schwerwiegend;
- o) Unfälle durch den Gebrauch oder das Lenken von Kleinkraftträdern oder Motorrädern jeglicher Klasse, Traktoren und selbstfahrenden landwirtschaftlichen Maschinen, Motorfahrzeugen und Wasserfahrzeugen, sofern der Versicherte wo vorgeschrieben die ordnungsgemäße und entsprechende Fahrerlaubnis besitzt;
- p) Unfälle entstanden durch Naturgewalt einschließlich Erdbeben, Flutwellen, Vulkanausbrüche, Überschwemmungen, Hochwasser, Bergstürze, Erdrutsche, Schneelawinen, Steinlawinen;
- q) Unfälle entstanden durch thermische oder atmosphärische Einflüsse;
- r) Unfälle entstanden durch Schlafanfall.

Art. 2 - Todesfall

a) Todesfall

Hat der Unfall den Todesfall des Versicherten zur Folge, ist die Entschädigung für den Todesfall geschuldet, auch wenn der Tod selbst nach dem Ablauf des Versicherungsvertrages jedoch noch innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag eintritt.

Diese Entschädigung wird den bezeichneten Begünstigten oder bei fehlender Bezeichnung von Begünstigten den Erben des Versicherten zu gleichen Teilen ausbezahlt.

Die Entschädigung für den Todesfall kann nicht mit jener für die dauernde Invalidität kumuliert werden. Stirbt der Versicherte jedoch nach Auszahlung einer Entschädigung für dauernde Invalidität innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag an den Unfallfolgen, sind die Begünstigten oder, falls keine Begünstigten bezeichnet wurden, die Erben des Versicherten zu keiner Rückerstattung verpflichtet. Sie haben nur Anspruch auf den Differenzbetrag zwischen der Entschädigung für den Todesfall, falls dieser höher ist, und der bereits ausgezahlten Entschädigung für dauerhafte Invalidität.

b) Todesvermutung

Die Versicherungsgesellschaft erklärt, dass, sollte der vermisste Körper des Versicherten nicht innerhalb eines Jahres nach der Strandung, dem Untergang oder dem Schiffbruch des Luftfahrzeuges oder des Binnen- bzw. Seefahrtwasserfahrzeuges aufgefunden werden, wird unbeschadet der Versicherungsbedingungen die für den Todesfall vorgesehene Entschädigung zuerkannt, weil das vorgenannte Ereignis als entschädigungspflichtiger Unfall angesehen wird.

Wenn nach Auszahlung der Versicherungsleistungen der Versicherte zurückkehrt oder der Nachweis erbracht wird, dass der Versicherte lebt, hat die Gesellschaft das Recht auf die Rückerstattung der insgesamt ausgezahlten Summe zuzüglich der entstandenen Kosten. Der Versicherte kann jene Rechte geltend machen, die ihm zustehen würden, wenn er im Sinne des vorliegenden Versicherungsvertrags ersetzbarer Verletzungen erlitten haben sollte.

Die eventuellen Körperverletzungen, die durch Notlandung, Strandung, Untergang oder Schiffbruch des vorgenannten Transportmittels verursacht werden, sind von diesem Versicherungsvertrag gedeckt.

Art. 3 – DAUERHAFTE INVALIDITÄT

Wenn der Unfall eine dauerhafte Invalidität zur Folge hat und falls diese, auch nach Ablauf des Versicherungsvertrags, jedenfalls innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfalltag eintritt, zahlt die Versicherungsgesellschaft für diese Invalidität und nur in diesem Fall eine Entschädigung, die an der zum Unfallzeitpunkt versicherten Summe für die dauerhafte Invalidität wie folgt bemessen wird:

Bewertungskriterien und Referenztafel

Die Bewertung des Grades der dauernden Invalidität erfolgt unter Bezugnahme auf die der Verordnung D.P.R. Nr. 1124/1965 (Industriesektor) beigefügte Tabelle in der jeweils geltenden Fassung. Die in dieser Tabelle angegebenen Prozentsätze werden auf die für den Fall der vollständigen dauernden Invalidität versicherten Kapitalbeträge angewendet.

Die Gesellschaft verzichtet auf die Anwendung der in derselben Tabelle vorgesehenen Selbstbehalte.

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

Koordinierung mit der INAIL und Modalitäten der Leistungsabrechnung

Um eine vollständige Schadenswiedergutmachung sowie die Abstimmung mit den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen zu gewährleisten, geht das Unternehmen wie folgt vor:

-Invalidität über 3 % und unter 6 %:

Da die INAIL biologische Schäden bei Invaliditätsgraden unter 6 % nicht entschädigt, tritt die vorliegende Polizze primär mit einem relativen Selbstbehalt von 3 % ein. Der Schadenersatz wird daher für den gesamten festgestellten Invaliditätsgrad gezahlt, sofern dieser über 3 % liegt.

-Invalidität von mindestens 6 % oder höher:

Das Unternehmen zahlt den Betrag, der auf Grundlage der in der Polizze versicherten Kapitalbeträge berechnet wird, wobei der relative Selbstbehalt von 3 % angewendet wird *(mit Ausnahme der Fälle, in denen dieser Selbstbehalt entfällt, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 40 % beträgt)*.

Abgezogen wird ausschließlich der Betrag, den die INAIL bereits als Entschädigung für den biologischen Schaden geleistet hat.

Klausel des größtmöglichen Vorteils: In jedem Fall, wenn die von der INAIL gewährte Entschädigung geringer ausfällt als der Betrag, der gemäß den Berechnungskriterien dieser Polizze zusteht, wird das Unternehmen die Differenz bis zur Höhe der versicherten Höchstsumme ausgleichen.

Beweislast und Dokumentationspflichten

Für die Auszahlung von Leistungen bei Invaliditätsgraden von mindestens 6 % hat der Versicherte dem Unternehmen eine Kopie des INAIL-Leistungsbescheids vorzulegen oder eine formelle Mitteilung über die Ablehnung der Leistung bzw. die Archivierung des Verfahrens.

Während der laufenden INAIL-Bearbeitung kann das Unternehmen eine Akontozahlung auf jenen Anteil leisten, der keiner Überschneidung mit INAIL-Leistungen unterliegt.

Schwere dauerhafte Invalidität

Im Falle einer Bewertung des Grades der dauerhaften Invalidität von 75 % oder mehr zahlt das Unternehmen einen Pauschalbetrag in Höhe von 100 % der versicherten Summe, unabhängig von einer proportionalen Berechnung und unabhängig von etwaigen Selbstbehalten, abzüglich den Betrag, den die INAIL bereits als Entschädigung für den biologischen Schaden geleistet hat.

Besondere Bestimmungen (Seitigkeit und Integrität)

Ist der Versicherte linkshändig, wird der in der Tabelle für die rechte Seite vorgesehene Invaliditätsgrad auf die linke Seite angewandt – und umgekehrt.

Sollte der Unfall einen oberen Gliedmaßenabschnitt, eine Hand oder einen Unterarm betreffen, die als einzige völlig intakt waren oder als „rechte“ Gliedmaßen genutzt wurden, wird dies bei der Bewertung des Grades der dauernden Invalidität berücksichtigt.

Übertragbarkeit der Entschädigung

Der Anspruch auf die Entschädigung ist persönlicher Natur und nicht vererbbar. Stirbt der Versicherte jedoch aus einer vom Unfall unabhängigen Ursache, nachdem die Entschädigung bereits ausgezahlt oder dem Versicherten in einer bestimmten Höhe formell angeboten wurde, zahlt die Gesellschaft den Betrag an die benannten Begünstigten oder – falls solche fehlen – an die gesetzlichen oder testamentarischen Erben.

Art. 4 - Ersatz der Arzt-, Arzneimittel- und Transportspesen

Heilbehandlungskosten

Bei einem gemäß dieser Polizze entschädigungspflichtigen Unfall erstattet das Unternehmen – innerhalb der in Abschnitt 6 angegebenen Höchstgrenzen – die belegten Ausgaben für:

-Honorare von Ärztinnen/Ärzten und Chirurgen/Chirurginnen,

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

- Pflege- und Aufenthaltskosten in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern,
- diagnostische Untersuchungen, Laboranalysen und physikalische Therapien,
- unbedingt notwendige Arzneimittelkosten infolge des Ereignisses.

Die Erstattung erfolgt für den Kostenanteil, der zu Lasten des Versicherten verbleibt und nicht bereits direkt von der INAIL oder vom Nationalen Gesundheitsdienst (SSN) übernommen wurde.

Transport- und Rettungskosten

Die Deckung umfasst die Kosten für den Transport des Versicherten per Krankenwagen, Hubschrauber oder jedem anderen (öffentlichen oder privaten) Transportmittel, bis zu einem Höchstbetrag von 1.500,00 € pro Schadensfall.

Allgemeiner Selbstbehalt

Die Leistungen gemäß den vorstehenden Punkten (Heilbehandlungskosten und Transportkosten) unterliegen einem fixen Selbstbehalt von 50,00 € je Schadensfall.

Kosten für Brillen und Kontaktlinsen (Unterlimit)

Wenn infolge des Unfalls eine Erneuerung beschädigter Brillen oder Kontaktlinsen erforderlich wird, erstattet das Unternehmen die entstandenen Kosten bis zu 500,00 € pro Versicherten, mit einem Höchstbetrag von 200,00 € für das Gestell.

Für diese besondere Erweiterung (Brillen und Linsen) wird kein Selbstbehalt angewendet.

Art. 5 - Ästhetische Schäden bzw. Entstellungsschäden

Die in diesem Artikel vorgesehenen Leistungen gelten als Primärgarantien, abweichend vom Subsidiaritätsprinzip.

Das Unternehmen nimmt zur Kenntnis, dass die Leistungen der INAIL und des Nationalen Gesundheitsdienstes (SSN) für reine ästhetische Schäden sowie für komplexe zahnärztliche Rekonstruktionen begrenzt sind.

Daher erfolgt die Erstattung direkt durch das Unternehmen, ohne dass zuvor eine Anfrage oder ein Abzug von Entschädigungen Dritter erforderlich ist.

Ästhetische Schäden

Bei einem Unfall, der nach den Bedingungen dieser Polizze nicht ausgeschlossen ist und der ästhetische Folgen im Gesichtsbereich verursacht, jedoch keine Entschädigung wegen dauernder Invalidität auslöst, erstattet das Unternehmen dem Versicherten dennoch die belegten Kosten für Behandlungen und Anwendungen zur Reduzierung oder Beseitigung des ästhetischen Schadens sowie für plastisch-chirurgische oder ästhetische Eingriffe.

Der Erstattungsbetrag ist auf 2.500,00 € pro Ereignis begrenzt.

Zahnärztliche und kieferorthopädische Kosten

Das Unternehmen garantiert im Falle eines nach dieser Polizze entschädigungspflichtigen Unfalls und bis zur Höhe des in Abschnitt 6 angegebenen Höchstbetrags die Erstattung von:

zahnärztlichen Behandlungskosten, Kosten für kieferorthopädische Apparaturen und/oder Prothesen, ärztlichen Honoraren, diagnostischen Untersuchungen jeglicher Art. Für diese Deckung gilt ein Selbstbehalt von 150,00 € pro Schadensfall.

Alternative Pauschalentschädigung: Wenn die Zahnbehandlung nicht sofort durchgeführt werden kann oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, kann der Versicherte anstelle der Kostenerstattung auch eine pauschale Entschädigung von maximal 1.000,00 € wählen.

(Hierfür ist die Vorlage einer ärztlichen Erklärung des Zahnarztes samt Kostenvoranschlag erforderlich).

Art. 6 – Risiko am Wege (Wohnung-Schule-Wohnung)

Die in diesem Artikel vorgesehene Deckung gilt für Schüler*innen während des normalen Weges von der Wohnung (Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort) zur Schule oder zu dem Ort, an dem genehmigte Tätigkeiten stattfinden, und zurück.

Der Versicherungsschutz besteht unabhängig vom verwendeten Transportmittel (öffentliche Verkehrsmittel, private Fahrzeuge, Fahrräder, E-Scooter oder Fußweg).

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

Die Deckung umfasst auch Unfälle, die beim Ein- oder Aussteigen aus dem jeweiligen Transportmittel eintreten, mit der einzigen Einschränkung des Wahrlisikos (abnormes Verhalten oder Handlungen, die offensichtlich nicht dem Zweck des Weges dienen).

Da die derzeitige Rechtslage (D.L. 48/2023 und spätere Änderungen) den INAIL-Schutz nicht auf das Wegerisiko für die Gesamtheit der Schüler*innen ausdehnt, wirkt diese Polizze als Primärgarantie.

Das Unternehmen wird die Entschädigung direkt an den Versicherten auszahlen, ohne dass eine vorherige Anfrage oder eine Koordinierung mit dem öffentlichen Institut erforderlich ist.

Art. 7 - Luftfahrtrisiko

Die Versicherung schließt die Unfälle ein, die der Versicherte bei Flugreisen in Flugzeugen und Hubschraubern, die von ordnungsgemäßen Transportunternehmen betrieben werden, als Passagier ausschließlich während des Passagiertransportes erleidet. Die Versicherung wird für die mit dem vorliegenden Versicherungsvertrag versicherten Summen und für die darin vorgesehenen Risiken geleistet. In jedem Fall ausgeschlossen bleiben die Flüge, die in von Aeroclubs (Luftsportvereinen) betriebenen Flugzeugen und Hubschraubern durchgeführt werden.

Die Kumulierung der Versicherungssummen, die mit diesem Versicherungsschutz oder mit anderen Versicherungen, die von einer jeglichen Person zugunsten derselben Versicherten für das Flugrisiko in Kombination mit allgemeinen Unfallversicherungsverträgen abgeschlossen wurden, kann die folgenden Versicherungssummen nicht überschreiten:

- € 300.000,00- für den Fall der dauerhaften Invalidität
- € 300.000,00- für den Todesfall

pro Person und von:

- € 10.000.000,00- für den Fall der dauerhaften Invalidität
- € 10.000.000,00- für den Todesfall

insgesamt pro Luftfahrzeug.

In die besagte Einschränkung pro Luftfahrzeug fallen die Deckungssummen, die sich auf eventuelle andere Personen beziehen, die für dasselbe Risiko mit anderen Unfallversicherungsverträgen versichert wurden, einzig, wenn sie vom selben Versicherungsnehmer abgeschlossen wurden.

Sollten die Gesamtdeckungssummen die vorgenannten Beträge überschreiten, werden die im Falle eines Versicherungsfalles geschuldeten Versicherungsleistungen mit Reduzierung und proportionaler Kontierung der einzelnen Verträge angepasst.

ZUSATZBEDINGUNGEN

Art. 8 – Schäden an den Brillen der Schülerinnen und Schüler

Die Versicherung deckt materielle und direkte Schäden an den Brillen des Versicherten, die infolge von versehentlichen Stößen, Diebstahl, Raub, Handtaschenraub oder Beschädigung entstehen und innerhalb der schulischen Einrichtungen sowie während sämtlicher interner Aktivitäten auftreten, die vom versicherungsnehmenden Schulinstitut organisiert, verwaltet, durchgeführt oder genehmigt werden – ohne zeitliche Einschränkung und einschließlich ergänzender, vorbereitender oder begleitender Tätigkeiten, sofern diese im Einklang mit der geltenden Schulordnung stehen.

Diese Garantie wirkt ergänzend zu Art. 4, wobei für Brillenschäden, die auf einen körperlichen Unfall des Versicherten zurückzuführen sind, die in Art. 4 vorgesehenen günstigeren Bedingungen und Höchstbeträge Anwendung finden.

Unter „Brillen“ versteht man ausdrücklich Brillengläser und die dazugehörigen Fassungen.

Diese Deckung wird bis zu einem Höchstbetrag von 150,00 € gewährt.

Diebstahlschäden werden zu 50 % der in der gewählten Garantie-Kombination vorgesehenen Summe ersetzt.

Art. 8bis – Abgrenzung der Versicherung – Ausschluss

Die Gesellschaft entschädigt den Versicherten nicht für Schäden:

- a) welche durch Verlust entstehen;

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

- b) Unfälle, die auf der Wegstrecke von der Wohnung, wobei man unter Wohnung, die des Schülers oder der Person versteht, welche die Aufsicht, auch nur vorübergehend, hat zum Schulort (Schule oder andere Orte) sowie auch auf den Rückweg (Risiko in itinere).

Art. 8ter - Schadenshöhe

Die Gesellschaft bestimmt die Entschädigung anhand des Originalwertes beim Kauf der Güter. Der Wert und Besitz der Güter sowie das Datum des Erwerbs müssen mit geeigneter Dokumentation (Rechnungen, Steuerquittung oder ähnlich beweisbringende steuerliche Dokumente, welche auf den Namen des Versicherten lauten) belegt werden.

Bei einem Teilschaden erkennt die Versicherungsgesellschaft als liquidierbare Entschädigung die notwendigen Ausgaben für die Reparatur des Gutes bis zur Höchstgrenze von € 100,00- an.

Stellt sich heraus, dass das beschädigte Gut ersetzt werden muss, wird die Entschädigung folgendermaßen berechnet:

- a) bei Vorweisen von beweisender Dokumentation betreffend das Eigentum der Güter und das Kaufdatum derselben bis zu 12 Monate vor dem Datum des Unfalls: kein Verfall;
- b) bei Vorweisen von beweisender Dokumentation betreffend das Eigentum der Güter und das Kaufdatum derselben über 12 Monate vor dem Datum des Unfalls: Verfall von 40%;
- c) bei Fehlen von beweisender Dokumentation betreffend das Eigentum der Güter und das Kaufdatum derselben, wird die Entschädigung mit einem Pauschalbetrag von € 60,00- ausbezahlt.

Von der Garantie ausgeschlossen sind die „Einweglinsen“.

TEIL 4 AUSSCHLÜSSE

Art. 1 - Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind die Unfälle, die sich ereignet haben:

- a. bei Ereignissen, die in direktem Zusammenhang mit erklärtem oder nichterklärtem Kriegszustand stehen;
- b. am Steuer oder beim Gebrauch von Luftfahrzeugen oder am Steuer von Unterwasserfahrzeugen, falls der Versicherte nicht im Besitz der vorgeschriebenen Fahrerlaubnis ist;
- c. als Folge von Vorsatz oder kriminellen Handlungen des Versicherten;
- d. unter dem Einfluss von auf freiwilliger Basis eingenommenen Rauschmitteln, Psychopharmaka und halluzinogenen Stoffen, außer diese mussten auf ärztliche Verschreibung eingenommen werden;
- e. bei Trunkenheit am Steuer von Motorfahrzeugen oder motorisierten Wasserfahrzeugen allgemein;
- f. als direkte oder indirekte Folge von Transmutationen von Atomkernen wie auch Strahlungen durch die künstliche Beschleunigung atomarer Teilchen.

Art. 2 - Altersgrenzen

Zugelassen zur Inanspruchnahme der Versicherung sind unterschiedslos alle Versicherten, unabhängig ihres Gesundheitszustandes und eventueller bereits bestehender körperlicher Beeinträchtigungen oder Verstümmelungen, an denen die Versicherten leiden, wobei ausdrücklich die Bestimmungen von Art. 2 des Teils 5 des vorliegenden Versicherungsvertrags bestätigt bleiben.

Die Versicherung gilt nicht für Personen im Alter über 75 Jahren.

Für die Personen, die diese Altersgrenze während der Versicherungszeit erreichen, endet die Versicherung bei der ersten Jahresprämienfälligkeit.

Der Versicherungsnehmer ist von der Pflicht befreit, die Krankheiten, körperlichen Gebrechen oder Verstümmelungen zu melden, an denen die Versicherten zum Zeitpunkt des Abschlusses der Versicherung leiden oder von denen sie nachträglich betroffen sein könnten.

TEIL 5 SCHADENSREGULIERUNG

Art. 1 - Schadensmeldung und entsprechende Obliegenheiten

Die Unfallmeldung muss die Angabe des Ortes, des Tages und der Uhrzeit des Ereignisses sowie die den Unfall auslösenden Ursachen (Beschreibung des Unfallherganges) enthalten. Sie muss zusammen mit dem entsprechenden ärztlichen Zeugnis innerhalb des **30. Arbeitstages** nach dem Unfall oder nach dem Zeitpunkt, an dem der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder dessen Anspruchsberechtigten die Möglichkeit dazu hatten, an die Gesellschaft gerichtet werden.

Handelt es sich um Schüler/Innen, muss die Unfallmeldung in Verwendung des entsprechenden Vordrucks von der Lehrkraft oder von jener Person ausgefüllt werden, welche die Verantwortung für den/die Schüler/In zum Zeitpunkt des Eintritts des Unfalls getragen hat. Die Unfallmeldung muss auch von der Person unterzeichnet werden, welche die elterliche Sorge für den Versicherten trägt. Sie muss dem gesetzlichen Vertreter der Schuleinrichtung übermittelt werden, der sie an die Gesellschaft weiterleitet.

In der Folge hat der Versicherte periodisch und bis zur erfolgten Genesung ärztliche Zeugnisse über den Verlauf der Verletzungen sowie die Rechnungen, Belege und jedes andere Dokument, das die bestrittenen und ersetzbaren Arzt- und Arzneimittelkosten belegt, zu übermitteln.

Sollte der Unfall zum Tod des Versicherten führen oder sollte der Tod während des Behandlungszeitraumes eintreten, muss dies der Gesellschaft innerhalb von 48 (achtundvierzig) Stunden unmittelbar schriftlich gemeldet werden.

Der Versicherte, seine Familienangehörigen oder die Anspruchsberechtigten müssen der Gesellschaft die Durchführung aller Kontrollen, Ermittlungen oder Untersuchungen zum Unfall erlauben, die diese für unerlässlich erachtet.

Art. 2 - Leistungspflichtkriterien

Die Gesellschaft zahlt die Versicherungsleistung für die direkten und ausschließlichen Folgen des Unfalles, unabhängig von Vorbehinderungen oder Vorerkrankungen oder nachträglich aufgetretenen körperlichen Beeinträchtigungen oder Krankheiten. Somit gelten sowohl der Einfluss, den der Unfall auf diesen Vorzustand gehabt haben könnte, als auch der Nachteil, den der Vorzustand auf den Ausgang der durch den Unfall entstandenen Verletzungen haben könnte, als indirekte Folgen, für die keine Leistungspflicht besteht.

Gleichmaßen wird im Falle von bereits bestehenden Verstümmelungen oder Vorbehinderungen die Versicherungsleistung wegen dauernder Invalidität ausschließlich für die direkten Unfallfolgen gezahlt, als hätte der Unfall eine körperlich unversehrte Person getroffen, also ohne Berücksichtigung des größeren Nachteils aufgrund des gesundheitlichen Vorzustandes.

Art. 3 - Streitfälle

Bei allfälligen medizinischen Streitigkeiten über die Versicherungsleistungspflicht für den Unfall sowie über die Höhe des Kostenersatzes oder über die Regulierbarkeit der Versicherungsleistungen verpflichten sich die Parteien, mit Privaturkunde einem Kollegium das Mandat der Entscheidung zu übertragen, ob und in welchem Ausmaß der Kostenersatz und die Versicherungsleistungen im Rahmen der Vertragsbedingungen geschuldet sind. Das Kollegium besteht aus drei Ärzten, von denen einer von jeder Partei und der dritte von den Parteien in beidseitigem Einvernehmen, oder, im entgegengesetzten Fall, vom Rat der Ärztekammer, unter dessen Zuständigkeitsgebiet der Versammlungsort des Ärztekollegiums fällt, bestellt werden.

Das Ärztekollegium hat dort seinen Sitz, wo der Versicherte/Versicherungsnehmer seinen Sitz hat.

Jede der Parteien trägt die eigenen Kosten und entlohnt den von ihr bezeichneten Arzt; für den dritten Arzt tragen die Parteien jeweils zur Hälfte die anfallenden Kosten und Gebühren.

Die Entscheidungen des Ärztekollegiums werden - enthoben von jeder Gesetzesformalität - mit Stimmenmehrheit getroffen und sind für die Parteien bindend, auch wenn sich einer der Ärzte weigern sollte, das entsprechende Protokoll zu unterzeichnen.

Art. 4 - Regulierung der Versicherungsleistung

Nach Erhalt der erforderlichen Unterlagen und nach Abschluss der versicherungsfallspezifischen Ermittlungen

Polizze Unfallversicherung zugunsten der Schüler

reguliert die Gesellschaft die geschuldete Versicherungsleistung. Sie teilt dies den Betroffenen mit und sorgt - nach deren Annahme - für die Zahlung. Die Versicherungsleistung wird in Italien in Euro ausbezahlt.

Art. 5 - Vorauszahlung der Entschädigung

In allen Fällen, in denen der Unfall eine dauernde Invalidität sicherlich über 30% verursacht, kann der Versicherte einen Vorschuss auf die Entschädigung verlangen.

Der Antrag kann nach 30 Tagen nach dem Weiterleiten der Schadensmeldung gestellt werden und die Gesellschaft wird innerhalb der nächsten 90 Tage eine Teilvorauszahlung von 50% des Betrages vorstrecken, der auf getätigten vorläufigen Schätzungen von Ärzten beruht und im Moment liquidierbar erscheint. Wenn berechnete Zweifel am Ausmaß oder Ersetzbarkeit des Schadens bestehen, können keine Vorschüsse ausbezahlt werden. Der Gesamtbetrag der ausbezahlten Vorschüsse wird von der definitiven Abfindung in Abzug gebracht.

Art. 6 - Zahlungsfrist der Entschädigung im Sinne des Versicherungsvertrags

Die Zahlung der Entschädigung erfolgt:

- a) bei Todesfall innerhalb von 30 Tagen nach der Erledigung der Formalitäten und der Übermittlung aller erforderlichen Unterlagen;
- b) im Falle der dauerhaften Invalidität innerhalb von 30 Tagen nach der Vereinbarung der Parteien in Bezug auf den Invaliditätsgrad.

TEIL 6 DECKUNGSSUMME, SELBSTBETEILIGUNGEN UND PRÄMIENBERECHNUNG

Art. 1 - Versicherungssummen, Selbstbeteiligungen und Selbstbehalte

Die Versicherung sieht für jede Person die unten angeführten versicherten Höchstbeträge – Versicherungssummen vor.

Garanzia	Somme assicurate	Franchigia / Note
Tod	€ 50.000,00	Auszahlung auch im Fall des vermuteten Todes
Dauerhafte Invalidität (3,01 – 5,99%)	€ 150.000,00	Relativer Selbstbehalt von 3%
Dauerhafte Invalidität (>= 6%)	€ 150.000,00	Relativer Selbstbehalt von 3% bis 40%, Ergänzung als Zweitrisiko gegenüber INAIL
Schwerwiegende dauerhafte Invalidität (>= 75%)	€ 150.000,00	Die vollständige Versicherungssumme wird ausbezahlt, Ergänzung als Zweitrisiko gegenüber INAIL
Erstattung von Heilbehandlungs- und Transportkosten	€ 3.000,00	Unterlimit € 1.500,00 für Transport und € 500,00 für Brillen (bei Unfall), Selbstbehalt € 50,00
Erstattung zahnärztlicher Kosten	€ 3.000,00	Primärdeckung. Pauschaloption € 1.000. Selbstbehalt € 150,00
Erstattung ästhetischer Schäden (Gesicht)	€ 2.500,00	Primärdeckung ohne dauerhafte Invalidität als Voraussetzung
Erstattung von Brillenschäden (ohne Unfall)	€ 150,00	Unterlimit € 100,00 für Reparaturen (ausgenommen itinere Schäden ohne Unfall)

Die gesamte Bruttoprämie ergibt sich aus der Multiplikation der für das betreffende Schuljahr geschätzten Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit der Bruttoprämie pro Schülerin/Schüler in Euro.

Art. 2 - Prämienregulierung

Nach Ablauf eines jeden Versicherungsjahres berechnet die Gesellschaft die geschuldete Prämie aufgrund der vom Versicherungsnehmer im Zuge der Regulierung mitgeteilten Änderungen und die Zahlung der Prämie erfolgt laut diesem Artikel.

Da die Versicherung in nichtnamentlicher Form aufgrund der Anzahl der Versicherten geleistet wird, erfolgt die Prämienregulierung auf der Grundlage der variablen Versicherungsvertragselemente, welche die Basis der Prämienbemessung bilden. Der Versicherungsnehmer ist im Laufe des Versicherungszeitraumes nicht verpflichtet, Änderungen in der Anzahl der versicherten Personen mitzuteilen.

Art. 3 – Höchstgrenze bei Katastrophenereignis

Die Höchstsumme der Gesellschaft für einen oder mehreren Versicherungsfällen desselben Versicherungsjahres kann € 20.000.000,00 nicht überschreiten.

Die einzige Projektverantwortliche ist EVP:
Rolanda Tschugguel



Autonome Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bulsan
SÜDTIROL • ALTO ADIGE

Polizza di assicurazione n.

**Contratto a favore dei bambini delle scuole materne, delle alunne e degli alunni
delle scuole di ogni ordine e grado della Provincia Autonoma di Bolzano**

**Decorrenza dalle ore 24 del 31/08/2026
e scadenza alle ore 24 del 31/08/2030
e proroga di 1 anno**

Stipulato tra

Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige
Codice fiscale / Partita IVA: 00390090215
Palazzo provinciale nr. 7, Via Andreas Hofer, 18
39100 Bolzano (BZ)

e

Compagnia XY
Codice fiscale / Partita IVA:
Via
Cap Città

SOMMARIO

SEZIONE 1	DEFINIZIONI E SOGGETTI ASSICURATI	4
Art. 1 –	Definizioni	4
Art. 2 –	Soggetti assicurati	5
SEZIONE 2	CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
Art. 1 -	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio	5
Art. 1 bis -	Revisione prezzi e modifiche del Contratto in corso di esecuzione	6
Art. 1 ter -	Clausola di recesso	6
Art. 1 quater -	Fatto noto	6
Art. 2 -	Assicurazione presso diversi Assicuratori	6
Art. 3 -	Durata e proroga del contratto	6
Art. 4 -	Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	7
Art. 5 -	Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010	7
Art. 6 -	Regolazione del premio	7
Art. 7 -	Recesso a seguito di sinistro – rinuncia	8
Art. 8 -	Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione	8
Art. 9 -	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	8
Art. 10 -	Oneri fiscali	8
Art. 11 -	Foro competente	8
Art. 12 -	Interpretazione del contratto	8
Art. 13 -	Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	9
Art. 14 -	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	9
Art. 15 -	Rinvio alle norme di legge	9
Art. 16 –	Rinuncia alla surrogazione	9
Art. 17 -	Estensione territoriale	9
Art. 18 -	Coassicurazione e Delega	10
Art. 19 –	Disposizione finale	10
Art. 20 -	Sanction Clause / OFAC	10
SEZIONE 3	CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
Art. 1 -	Oggetto dell'assicurazione e coordinamento con la tutela INAIL	11
Art. 2 -	MORTE	13
Art. 3 -	INVALIDITÀ PERMANENTE	14
	Invalidità Permanente Grave	14
Art. 4 -	Rimborso spese mediche, farmaceutiche e di trasporto	15
Art. 5 -	Danni estetici e rimborso di spese dentarie	15

Art. 6 - Rischio in Itinere (Casa-Scuola-casa)	16
Art. 7 - Rischio aeronautico	16
Art. 8 – Danni agli occhiali degli alunni	17
Art. 8 bis - Delimitazione dell'assicurazione – esclusioni	17
Art. 8 ter - Ammontare del danno.....	17
SEZIONE 4 ESCLUSIONI	17
Art. 1 - Esclusioni	17
Art. 2 - Limiti di età	18
SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI	18
Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi	18
Art. 2 - Criteri di indennizzabilità.....	18
Art. 3 - Controversie	19
Art. 4 - Liquidazione dell'indennità	19
Art. 5 - Anticipazione indennizzo	19
Art. 6 - Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza	19
SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO	19
Art. 1 – Somme assicurate.....	19
Art. 2 - Regolazione premio	20
Art. 3 – Limiti per evento catastrofale	20

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E SOGGETTI ASSICURATI

Art. 1 – Definizioni

Il presente documento costituisce il **Capitolato Tecnico descrittivo e prestazionale** della procedura aperta sopra soglia europea per l'affidamento del servizio di assicurazione infortuni a favore delle bambine e dei bambini delle scuole dell'infanzia e delle alunne e degli alunni delle scuole di ogni ordine e grado della Provincia autonoma di Bolzano, CIG ... e, come indicato nel Disciplinare, è parte della documentazione di gara.

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Alunni:	Tutti i soggetti, minorenni o maggiorenni, di nazionalità italiana, provenienti dai paesi aderenti alla U.E. e appartenenti a nazionalità straniera, gli apolidi e quelli a cui le competenti autorità statali abbiano riconosciuto la qualità di rifugiati politici, tutti iscritti negli appositi registri scolastici previsti dalle norme vigenti ovvero – i bambini delle scuole dell'infanzia e le alunne e gli alunni delle scuole statali e paritarie o riconosciute private di ogni ordine e grado, scuole professionali, scuole agrarie, forestali e le scuole di economia domestica nella Provincia Autonoma di Bolzano, istituto per l'educazione musicale in lingua tedesca e ladina.
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ossia gli "Alunni".
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	La Provincia Autonoma di Bolzano.
Contratto:	Il contratto di appalto del servizio di assicurazione infortuni a favore delle bambine e dei bambini delle scuole dell'infanzia e delle alunne e degli alunni delle scuole di ogni ordine e grado della Provincia autonoma di Bolzano, CIG ...
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Didattica a distanza (Dad) – Didattica Digitale Integrata (DDI):	L'insieme delle attività formative e di apprendimento disciplinate dal Ministero dell'Istruzione e del Merito (MIM), che viene svolta al di fuori dei locali dell'istituto scolastico, senza la compresenza fisica di docenti e alunni nello stesso luogo, con l'ausilio di strumenti telematici quali ad esempio computer, tablet e smartphone.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto, non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.

Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Ricovero:	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di studio e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati, pertanto col limite del rischio elettivo.
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale per sinistro:	La massima esposizione della Società per sinistro.
Studenti:	Vedi "Alunni".

Art. 2 – Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per la categoria per la quale il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

SEZIONE 2 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio

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

Tuttavia, l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

2. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del Contratto.

3. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del Contratto che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato da parte del Contraente alla Società in forma scritta entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza.

4. Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

5. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.
6. 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, in deroga a quest'ultimo, rinuncia al relativo diritto di recesso. La diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente comma decorrerà con effetto a decorrere dall'annualità successiva.
7. Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 1 bis - Revisione prezzi e modifiche del Contratto in corso di esecuzione

1. Ai sensi dell'art. 60 e dell'All. II.2-bis del D.Lgs. 36/2023, qualora nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determini una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al cinque per cento, dell'importo complessivo, i prezzi sono aggiornati con le modalità stabilite all'art. 7 del capitolato speciale d'appalto – parte II.
2. In deroga all'art. 1898 c.c., al verificarsi di un aggravamento del rischio, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società potrà richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023, la modifica del premio e/o delle condizioni contrattuali relative alle franchigie e/o alle somme assicurate.
3. Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste avanzate, decide in ordine alle stesse e ha facoltà di formulare una propria controproposta di modifica.
4. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.
5. In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo art. 1 ter.

Art. 1 ter - Clausola di recesso

1. Si rimanda a quanto previsto agli articoli 122 (Risoluzione) e 123 (Recesso) del codice dei contratti pubblici, D.Lgs. 36/2023 ed all'articolo 25 del Capitolato Speciale d'appalto - parte I.

Art. 1 quater - Fatto noto

1. L'assicurazione copre i sinistri denunciati nel corso di validità del Contratto e avvenuti a partire da 1 settembre 2026
2. L'assicurazione non copre i sinistri per i quali, antecedentemente alla stipula del Contratto, il Contraente abbia ricevuto formale richiesta di risarcimento o formale conoscenza dell'evento dannoso.
3. Nel caso di sinistri in serie, la data del primo sinistro è la data da assumere a riferimento per tutte le richieste di risarcimento presentate successivamente. Per sinistro in serie si deve intendere l'insieme di più sinistri che siano derivati da una medesima causa.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 del Codice civile, il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Durata e proroga del contratto

Il contratto ha la durata di anni 4, con effetto dalle ore 24 del 31 agosto 2026 e scadenza alle ore 24 del 31 agosto 2030, fatta salva la facoltà di affidare all'aggiudicatario la ripetizione del servizio, per ulteriori 12 mesi, ai sensi dell'art. 76 comma 6 del D.Lgs. n. 36/2023 e successive modifiche.
L'Assicurazione cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta da nessuna delle parti.

È inoltre facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 180 (centottanta) giorni decorrenti dalla scadenza.

Art. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio iniziale venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della decorrenza sopra riportata per il premio iniziale o dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della decorrenza per le scadenze successive, e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Assicuratore al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.

Ai sensi dell'art. 48 del D.P.R. 602/1973 l'Assicuratore dà atto che:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del Decreto Ministeriale 40/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3;
- b) il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice civile nei confronti della Assicuratore stessa.

Art. 5 - Obblighi inerenti alla tracciabilità dei flussi finanziari in base alla Legge n. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010. Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 del Codice Civile. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 Codice civile, non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 6 - Regolazione del premio

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (sezione 6) ed è regolato alla fine di ciascun

periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio). Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie

Art. 7 - Recesso a seguito di sinistro – rinuncia

La Società rinuncia al diritto di recedere dall'assicurazione dopo ciascun sinistro.

Art. 8 - Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte tramite posta certificata (PEC) indirizzata alla Società.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

Art. 12 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze semestrali si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

- il numero identificativo attribuito dalla Società (in formato "numero");
- la data del sinistro (in formato "data");
- la data di accadimento dell'evento se non coincidente con quella del sinistro (in formato "data");
- la descrizione dettagliata dell'evento (in formato "testo");
- lo stato di trattazione (aperto, chiuso senza seguito, chiuso con pagamento, non in garanzia) (in formato "testo");
- l'importo stimato dell'indennizzo (cosiddetta "riserva" attribuita dalla Società) (in formato "valuta");
- l'importo liquidato dalla Società a titolo d'indennizzo (in formato "valuta");
- la data di avvenuto pagamento (in formato "data").

Per gli adempimenti relativi alle informazioni, anche da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni richieste.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

- a) la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa dalla data di apertura del fascicolo del sinistro, fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni attività contrattualmente o legalmente richiesta;
- b) rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti il suo rapporto contrattuale con la Società, come pure per ogni e qualsiasi effetto od adempimento previsto dalla vigente ed applicabile legislazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 15 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 16 – Rinuncia alla surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione che potesse competere per l'art.1916 del Codice civile verso i responsabili dell'infortunio.

Art. 17 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per mondo intero.

Art. 18 - Coassicurazione e Delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del Codice civile, le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 del Codice civile - la responsabilità solidale di tutte le imprese coassicuratrici nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, a tale scopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto;
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi;
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso;

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicuratrici, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 19 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Art. 20 - Sanction Clause / OFAC

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica Italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE 3 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione e coordinamento con la tutela INAIL

L'assicurazione vale, per gli infortuni subiti dagli Assicurati nell'ambito delle strutture scolastiche, compreso il rischio in itinere, nonché durante tutte le attività, sia interne che esterne, senza limiti di orario, organizzate e/o gestite e/o effettuate e/o autorizzate dall'Istituto Scolastico, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie, compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica con l'esclusione dei reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato.

In considerazione dell'estensione della copertura INAIL ex D.L. 48/2023 e L. 109/2025, la presente polizza opera con le seguenti modalità:

1. **Garanzia Primaria:** Per tutti gli eventi non coperti dall'INAIL, quali gli infortuni in itinere degli studenti (casa-scuola), le attività non riconducibili direttamente all'apprendimento e i danni a terzi (RCT).
2. **Garanzia Integrativa (Secondo Rischio):** Per gli eventi indennizzabili dall'INAIL, la polizza copre il "danno differenziale", ovvero la quota di danno non risarcita dall'Istituto pubblico, incluse le spese mediche non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale e le menomazioni dell'integrità psicofisica.

A titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) durante l'orario scolastico e, comunque, durante l'orario in cui sia autorizzato l'accesso e la permanenza presso i plessi scolastici con riferimento, ad esempio, al pre-scuola (periodo intercorrente tra l'apertura dei cancelli e l'inizio delle lezioni) e alle attività di mensa e doposcuola;
- b) durante le lezioni di educazione fisica e le altre attività tipiche e/o specifiche dell'indirizzo scolastico, attività ricreative, linguistiche, musicali, corali, ginnico-sportive, anche agonistiche e durante gite, passeggiate ed escursioni;
- c) durante la permanenza nei collegi di proprietà della Provincia Autonoma o direttamente gestita da essa;
- d) durante le refezioni scolastiche, le quotidiane ricreazioni e giochi (esercizi fisici e sport comuni, compreso il gioco del calcio per diletto, esclusa però la partecipazione a gare e campionati);
- e) durante la partecipazione ad allenamenti e gare per "Giochi della Gioventù" e per tutte le altre manifestazioni sportive scolastiche indette ed organizzate dalla Direzione Generale dell'Ufficio scolastico regionale o dagli Uffici scolastici provinciali;
- f) durante l'alternanza scuola-lavoro, i tirocini formativi, gli interscambi culturali, anche con l'estero;
- g) durante le visite che, a norma delle vigenti disposizioni e purché organizzate e autorizzate dagli istituti scolastici e formativi, si effettuano presso musei, scavi, mostre ed esposizioni, cantieri, aziende e laboratori nonché durante le riunioni culturali, artistiche, religiose, di svago e diporto, come gite, passeggiate ed escursioni;
- h) durante le uscite didattiche, le visite guidate, i viaggi d'istruzione, effettuati con ordinari mezzi di locomozione e di trasporto, terrestri, aereo o marittimi purché compiuti in forma collettiva con l'organizzazione e sotto la sorveglianza e vigilanza del personale a ciò espressamente preposto;
- i) durante il tragitto dalla dimora alla scuola o al luogo dove si effettuano le attività di cui ai punti precedenti e viceversa, effettuato sia a piedi che con qualsiasi mezzo, compresi gli infortuni subiti nella salita o discesa dei mezzi usati (c.d. rischio in itinere), con il solo limite del rischio elettivo;
- j) durante i trasferimenti connessi alle attività, ad esempio per raggiungere i luoghi ove avviene la refezione scolastica, il doposcuola, la chiesa dove si svolgono le funzioni religiose connesse con l'attività scolastica, o extrascolastica, impianti sportivi, la sede dove hanno luogo i corsi e le competizioni sportive scolastiche, da casa o da scuola all'Azienda Sanitaria oppure agli istituti di cura, sanitari o riabilitativi delle funzioni psicomotorie e sensoriali;
- k) durante lo svolgimento delle attività didattiche a distanza (Dad), regolarmente deliberate e messe in atto dagli istituti scolastici, secondo le modalità previste dagli organi competenti;
- l) durante la preparazione, gli allenamenti e le gare dei giochi sportivi studenteschi e le manifestazioni sportive, nell'areale scolastico, nell'ambito della rete di scuola, a livello distrettuale, provinciale o nazionale in orario scolastico od extrascolastico, promossi ed organizzati dalle autorità scolastiche, dall'Amministrazione Provinciale o dalla Federazione Internazionale degli sport scolastici. – Tali attività devono svolgersi con la guida di insegnanti ed istruttori, che devono necessariamente dipendere dall'amministrazione scolastica o provinciale (esempi: maestri di sci, di nuoto, di tennis);
- m) durante i corsi di guida organizzati all'interno delle scuole ai sensi dell'articolo 116 del D.Lgs. n. 285/1992 e della Deliberazione della Giunta Provinciale n. 4827/2003;
- n) durante le funzioni religiose connesse con l'attività scolastica ed inter-, para- o extrascolastica, che si svolgono nell'ambito delle scuole, purché promosse ed organizzate dalle stesse;
- o) durante tutte le attività di sostegno e sorveglianza in orario extrascolastico in conformità all'articolo 11 della Legge Provinciale 8/2013, purché vengano effettuate da scuole dell'infanzia e dalle scuole;
- p) rientrano altresì nell'assicurazione gli infortuni provocati alle persone partecipanti di cui alle Leggi Provinciali n. 45/1976, n. 5/1987 e n. 18/1988 (iniziative di formazione, apprendimento della seconda lingua e di lingue straniere) da accompagnatori, coordinatori, insegnanti, personale scolastico nel caso di partecipazione ad attività scolastica in scuole della Provincia Autonoma di Bolzano, da famiglie ospitanti e da persone (compresi i familiari) incaricate anche temporaneamente od occasionalmente di accompagnare, assistere e sorvegliare le suddette persone;
- q) durante la permanenza presso l'Azienda Sanitaria oppure presso istituti di cura, sanitari o riabilitativi delle funzioni psicomotorie e sensoriali per il tempo necessario agli accertamenti diagnostici, agli interventi terapeutici, e agli esercizi riabilitativi;
- r) durante lo svolgimento di tirocini scolastici anche all'esterno della scuola;
- s) qualsiasi ulteriore attività scolastica organizzata o anche solo in parte organizzata dall'Amministrazione Provinciale o da terzi che perseguono uno scopo educativo;
- t) qualsiasi attività degli organi scolastici provinciali in cui sono rappresentati gli alunni;

- u) durante i corsi formativi, convegni ed esami, svolti presso officine, laboratori, cucine, altri locali dove si svolge l'attività e cantieri di pratica, i quali si svolgono nell'ambito della formazione professionale e di maestro artigiano e su base delle seguenti Leggi Provinciali n. 29/1977, n. 40/1992, n. 1/2008, n. 58/1988 e n. 7/2000;
- v) partecipazione a corsi, viaggi, soggiorni od altre iniziative in genere per l'incentivazione di lingue straniere, nonché della seconda lingua, inclusi i corsi settimanali intensivi, organizzati e promossi in Italia ed all'estero direttamente o tramite terzi dalla Provincia Autonoma di Bolzano ai sensi delle Leggi Provinciali n. 45/1976, n. 5/1987 e n. 18/1988.

Le attività di cui al presente articolo, ed in generale qualsiasi attività scolastica ed inter- extra- o parascolastica o connessa alla partecipazione in qualsiasi forma alla vita scolastica, devono essere promosse od organizzate da organi scolastici competenti direttamente o tramite terzi.

La copertura assicurativa si intende estesa anche a:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza dell'Assicurato anche gravi;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno.

Art. 2 - MORTE

a) Morte

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

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, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato, non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento,

affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

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

Art. 3 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno dell'evento (anche dopo la scadenza della polizza), la Società liquiderà un'indennità calcolata sulla somma assicurata per il caso di invalidità permanente secondo le seguenti modalità:

Criteri di valutazione e tabella di riferimento

La valutazione del grado di invalidità permanente sarà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. n. 1124/1965 (settore industria) e successive modificazioni. Le percentuali indicate in detta tabella verranno riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. La Società rinuncia all'applicazione delle franchigie previste dalla tabella stessa.

Coordinamento INAIL e modalità di liquidazione

Al fine di garantire l'integrale ristoro del danno e il coordinamento con le prestazioni obbligatorie di legge, la Società opererà come segue:

- **Invalidità maggiore del 3% e inferiore al 6%:** poiché l'INAIL non indennizza il danno biologico per gradi di invalidità inferiori al 6%, la presente polizza interviene in via primaria con franchigia relativa del 3%. Pertanto, l'indennizzo sarà corrisposto per l'intero grado di invalidità accertato, a condizione che questo sia superiore al 3%.
- **Invalidità pari o superiori al 6%:** la Società liquiderà l'importo calcolato secondo i capitali assicurati in polizza, applicando la franchigia relativa del 3% (salvo il caso di annullamento della stessa qualora l'invalidità sia pari o superiore al 40%), dedotto esclusivamente quanto già liquidato dall'INAIL a titolo di indennizzo per danno biologico.

Clausola di maggior favore: in ogni caso, qualora l'indennizzo INAIL risultasse inferiore a quanto spettante in base al calcolo della presente polizza, la Società integrerà la differenza fino alla concorrenza del massimale assicurato.

Oneri di prova e documentazione

Per procedere alla liquidazione dei casi pari o superiori al 6%, l'Assicurato dovrà fornire alla Società copia del provvedimento di liquidazione dell'INAIL, oppure comunicazione formale di diniego della prestazione o archiviazione della pratica. In attesa della definizione della pratica INAIL, la Società potrà procedere a una liquidazione in acconto sulla quota non soggetta a sovrapposizione indennitaria.

Invalidità permanente grave

In caso di valutazione di Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 75%, la Società liquiderà una somma forfettaria pari al 100% della somma assicurata, indipendentemente dal calcolo proporzionale e da eventuali franchigie, dedotto quanto già liquidato dall'INAIL.

Disposizioni particolari (lateralità e integrità)

Se l'Assicurato risulta mancino, il grado di invalidità previsto per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Qualora l'infortunio colpisca un arto superiore, una mano o un avambraccio che risultassero gli unici perfettamente integri o usati come "destri", se ne terrà conto nella valutazione del grado di invalidità permanente.

Trasmissibilità dell'indennità

Il diritto all'indennità è di carattere personale e non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o formalmente offerta in misura determinata, la Società pagherà l'importo ai beneficiari designati o, in loro difetto, agli eredi legittimi o testamentari.

Art. 4 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche e di trasporto

Spese mediche

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi della presente polizza, la Società rimborsa — entro i massimali indicati nella Sezione 6 — le spese documentate sostenute per:

- onorari di medici e chirurghi;
- rette di degenza in istituti di cura o ospedali;
- accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche;
- spese farmaceutiche strettamente necessarie a seguito dell'evento.

Il rimborso interviene per la quota rimasta a carico dell'Assicurato e non già rimborsata direttamente dall'INAIL o dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Spese di trasporto e soccorso

La garanzia comprende le spese per il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, elicottero o con qualsiasi altro mezzo (pubblico o privato), fino a un massimo di € 1.500,00 per sinistro.

Franchigia generale

Le prestazioni di cui ai punti precedenti (spese mediche e trasporto) sono soggette all'applicazione di una franchigia fissa di € 50,00 per ogni sinistro.

Spese per occhiali e lenti (sotto-limite)

Qualora a seguito dell'infortunio si renda necessaria la sostituzione di occhiali o lenti a contatto danneggiati, la Società rimborsa le spese sostenute entro il limite di € 500,00 per Assicurato, con il limite di € 200,00 per la montatura.

Per questa specifica estensione (occhiali e lenti) non si applica alcuna franchigia.

Art. 5 - Danni estetici e rimborso di spese dentarie

Le garanzie previste dal presente articolo operano come **garanzie primarie**, in deroga al principio di sussidiarietà. La Società prende atto che le tutele offerte dall'INAIL e dal Servizio Sanitario Nazionale per il danno estetico puro e per la ricostruzione dentaria complessa risultano limitate, pertanto, il rimborso verrà effettuato direttamente dalla Società senza necessità di previa richiesta o deduzione di indennizzi da parte di enti terzi.

Danni estetici

In caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di € 2.500,00 per evento.

Spese dentarie e ortodontiche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso delle spese dentarie e per apparecchi ortodontici e/o protesi in genere, per parcele mediche, accertamenti diagnostici in genere. La garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia di € 150,00 per sinistro.

In alternativa al rimborso delle spese dentarie e/o per apparecchi ortodontici sostenute e documentate, qualora la cura non possa essere immediatamente effettuata e/o si protragga nel tempo, è possibile optare per un indennizzo forfettario massimo pari a € 1.000,00, mediante presentazione della documentazione (dichiarazione del medico odontoiatra con il preventivo della spesa).

Art. 6 - Rischio in itinere (casa-scuola-casa)

La garanzia prevista dal presente articolo è operante per le studentesse e gli studenti durante il normale tragitto dalla dimora (abitazione o luogo di abituale custodia) alla sede scolastica o al luogo dove si svolgono le attività autorizzate, e viceversa. La copertura è valida indipendentemente dal mezzo di locomozione utilizzato (mezzi pubblici, veicoli privati, biciclette, monopattini o spostamenti a piedi). La garanzia comprende anche gli infortuni occorsi durante la salita o la discesa dal mezzo, con il solo limite del rischio elettivo (comportamenti abnormi o palesemente estranei alle finalità del tragitto).

In considerazione del fatto che l'attuale normativa (D.L. 48/2023 e successive modifiche) non estende la tutela INAIL al rischio *in itinere* per la generalità degli studenti, la presente polizza opera come **garanzia primaria**. La Società liquiderà l'indennizzo direttamente all'Assicurato senza necessità di previa richiesta o coordinamento con l'Istituto pubblico.

Art. 7 - Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di compagnie di linea, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclub.

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 polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 300.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 300.000,00 per il caso morte

per persona e di:

- € 10.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00 per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi 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 sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Art. 8 – Danni agli occhiali degli alunni

L'assicurazione è prestata per i danni materiali e diretti subiti dagli occhiali dell'Assicurato, in conseguenza di urti accidentali, furto, rapina, scippo, danneggiamento occorsi nell'ambito delle strutture scolastiche nonché durante tutte le attività interne, senza limiti di orario, organizzate, e/o gestite e/o effettuate e/o autorizzate dall'Istituto Scolastico contraente, comprese quelle complementari, preliminari o accessorie compatibilmente e/o in conformità con la vigente normativa scolastica. La presente garanzia opera ad integrazione di quanto previsto all'art. 4, restando inteso che per i danni agli occhiali conseguenti a infortunio fisico dell'Assicurato si applicheranno i massimali e le condizioni più favorevoli previste nell'art. 4 medesimo.

Per occhiali si intendono specificatamente lenti da vista e relative montature.

Questa estensione di copertura è prestata fino alla concorrenza di € 150,00-.

I danni da furto saranno riconosciuti al 50% della somma prevista dalla combinazione di garanzia prescelta.

Art. 8 bis - Delimitazione dell'assicurazione – esclusioni

Qualora non conseguenti a infortunio fisico dell'Assicurato, la Società non indennizza per i danni:

- a) derivanti da smarrimento, perdita del bene;
- b) verificatisi durante il tragitto dall'abitazione (intendendosi per tale l'abitazione dell'Alunno o di persone che abbiano in custodia, sia pure temporaneamente, l'Assicurato medesimo) alla struttura (scuola o altro) e viceversa (rischio in itinere).

Art. 8 ter - Ammontare del danno

La Società determina l'indennizzo in base al valore originario di acquisto dei beni.

Sia il valore sia il possesso dei beni che la data di acquisto, debbono essere provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili validi documenti fiscali probatori di norma intestati all'assicurato).

In caso di danno parziale la Società riconoscerà quale indennizzo liquidabile le spese necessarie alla riparazione del bene, fino alla concorrenza del limite di € 100,00.

Qualora si renda necessaria la sostituzione del bene danneggiato, il calcolo dell'indennizzo sarà effettuato come segue:

- a) in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi fino a 12 mesi precedenti alla data del Sinistro: nessun degrado;
- b) in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi oltre i 12 mesi: degrado del 40%;
- c) in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi l'indennizzo sarà prestato nella misura forfettaria di € 60,00.

Sono escluse dalla garanzia le lenti "usa e getta".

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art. 1 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- a) in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;

- b) durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- d) sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- e) da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- f) in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Art. 2 - Limiti di età

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione indistintamente tutti gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'art. 2 della Sezione 5. della presente polizza.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 75 anni.

Per le persone che raggiungano tale limite di età l'assicurazione avrà termine alla prima scadenza annuale del premio.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno provocato (descrizione della dinamica dell'incidente), dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Società, entro il **30° giorno** lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Se si tratta di alunno la denuncia va compilata dall'insegnante o da chi aveva la responsabilità dell'alunno nel momento in cui si è verificato l'infortunio utilizzando l'apposito modulo. La denuncia dell'infortunio deve essere firmata anche da chi esercita la patria potestà sull'assicurato e va inoltrata al legale rappresentante dell'istituzione scolastica, che provvederà ad inoltrarla alla Società.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso scritto tramite PEC alla Società entro 48 (quarantotto) ore.

L'assicurato, i suoi famigliari o gli aventi diritto, devono permettere alla Società di eseguire tutti i controlli medici, le ricerche o gli esami sull'infortunio che essa ritenga indispensabili.

Art. 2 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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 derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 3 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

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

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

Art. 4 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento.

L'indennità viene corrisposta in Italia in euro.

Art. 5 - Anticipazione indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo dell'indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art. 6 - Termine di pagamento dell'indennizzo dovuto ai sensi di polizza

Il pagamento dell'indennizzo si effettua:

- a) in caso di morte, non oltre 30 giorni dopo il compimento delle formalità e l'invio dei documenti indispensabili;
- b) in caso di invalidità permanente, non oltre 30 giorni dopo l'accordo delle parti in merito al grado di invalidità.

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Somme assicurate

L'assicurazione è prestata per ciascuna persona per le somme assicurate di seguito indicate.

Garanzia	Somme assicurate	Franchigia / Note
Morte	€ 50.000,00	Liquidabile anche in caso di morte presunta
Invalidità permanente (3,01 – 5,99%)	€ 150.000,00	Franchigia relativa del 3%
Invalidità permanente (>= 6%)	€ 150.000,00	Franchigia relativa del 3% fino al 40%, integrazione a secondo rischio su INAIL
Invalidità permanente grave (>= 75%)	€ 150.000,00	Viene liquidato l'intero massimale, integrazione a secondo rischio su INAIL

Rimborso spese mediche e di trasporto	€ 3.000,00	Sotto-limite € 1.500,00 per trasporto e € 500,00 per occhiali (in caso di infortunio), franchigia € 50,00
Rimborso delle spese dentarie	€ 3.000,00	Garanzia Primaria. Opzione forfettaria di € 1.000. Franchigia € 150,00
Rimborso per danni estetici (viso)	€ 2.500,00	Garanzia Primaria. Senza necessità di invalidità permanente
Rimborso per danni occhiali (senza infortunio)	€ 150,00	Sotto-limite riparazione € 100,00 (escluso itinere senza infortunio)

Il premio lordo totale risulta dalla moltiplicazione tra il numero alunni/allievi stimato per l'anno scolastico in questione e il premio lordo per alunno/allievo in euro.

Art. 2 - Regolazione premio

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi del presente articolo. Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone assicurate.

Art. 3 – Limiti per evento catastrofale

La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo non potrà superare € 20.000.000,00-.

La responsabile unica del progetto (RUP)
 Rolanda Tschugguel