

**F.I.S.M. di Vicenza**  
**sintesi principali garanzie previste dalla polizza infortuni**  
**Scuole dell'Infanzia**  
**copertura facoltativa ad adesione**

**Convenzione:**

- **Contraente:** F.I.S.M. di Vicenza
- **Assicurati:** gli Enti iscritti alla F.I.S.M. di Vicenza ed aderenti alla convenzione
- **Assicuratori:** Delegataria: ITAS MUTUA  
Nr polizza: M09016968

**Attività svolte ed oggetto della copertura**

Infortuni subiti dalle persone che partecipano alle attività promosse e gestite dagli Enti aderenti **esclusivamente** accaduti durante la partecipazione alle attività stesse.

L'attività esercitata dagli Enti Assicurati non è a scopo di lucro ed è finalizzata a garantire l'assistenza, l'accoglimento e l'educazione dei bambini.

Premesso quanto sopra la presente polizza vale, per il mondo intero, per gli infortuni che possono colpire gli assicurati (persone che partecipano alle attività promosse e gestite dagli Enti) esclusivamente durante lo svolgimento delle attività promosse, riconosciute e/o gestite dagli Enti assicurati, compresa ogni attività accessoria e/o di supporto, conseguente e susseguente all'attività principale in quanto ritenuta utile per il raggiungimento dello scopo sociale, quali la partecipazione a e/o la gestione delle seguenti attività, citate a titolo esemplificativo ma non limitativo e/o esaustivo:

- attività educative ed assistenziali, didattiche, prescuola e doposcuola, comprese le attività complementari aventi carattere integrativo ed extra curriculare;
- attività culturali
- attività ricreative, ludiche e ginniche non a carattere professionale, gite, visite culturali, passeggiate ed escursioni, partecipazione a pubbliche manifestazioni, sagre, feste, centri giovanili, grest, campeggi, case per ferie, colonie permanenti, campi scuola, etc. anche se svolti nei periodi di chiusura delle Scuole
- ogni altra manifestazione od iniziativa pertinente all'attività scolastica.

Tutte le attività svolte dagli Enti Assicurati potranno essere realizzate anche mediante accordi di collaborazione, anche taciti, concessione e polizza qualsivoglia soggetto pubblico o privato. Pertanto tutte le attività dell'Assicurato possono essere svolte tanto direttamente quanto in collaborazione con i predetti soggetti, sia presso le sedi degli Enti Assicurati che presso terzi, mediante l'utilizzo di qualsivoglia mezzo, attrezzatura e/o bene immobile sia proprio che di terzi.

**Principali limitazioni:**

**Persone non assicurabili:**

L'assicurazione non vale per le persone affette da esiti di lesioni cerebrali vascolari, da epilessia, da manifestazioni croniche da tossico-alcolismo o da dipendenza da sostanze stupefacenti, da schizofrenia, da forme maniaco depressive o da stati paranoici da HIV e/o da ADS

**Limiti di età:**

L'assicurazione non vale per le persone che abbiano compiuto gli 85 anni.

### Principali esclusioni:

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- dall'uso di mezzi di locomozione subacquei ed aerei (salvo quanto previsto per il rischio volo)
- da guerra, salvo quanto diversamente previsto dalle Condizioni di Polizza;
- stati di ubriachezza, nel solo caso in cui l'assicurato sia alla guida di veicoli;
- stati di volontaria alterazione psichica;
- atti illeciti dolosamente compiuti dall'Assicurato;
- operazioni chirurgiche e trattamenti sanitari non resi necessari da infortunio;
- pratica dei seguenti sport:
  - pugilato; atletica pesante; scalate di ghiaccio o roccia oltre il terzo grado U.I.A.A., salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico; tuffi controllati da corda elastica; speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili); hockey; immersioni con autorespiratore; speleologia; guida od uso di veicoli a motore in competizioni sportive e relative prove od allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità pura; partecipazione a qualsivoglia competizione sportiva (e relativi allenamenti) svolta sotto l'egida della competente Federazione sportiva.

### SOMME ASSICURATE e PREMI ANNUI LORDI

S'intendono assicurate le seguenti somme per ciascuna persona:

#### Categoria A)

**Persone di età inferiore a 16 anni**

#### 1° combinazione

- € 30.000,00 morte
- € 70.000,00 invalidità permanente totale
- € 2.600,00 rimborso spese di cura a seguito di infortunio
- € **2,50 premio lordo per persona**

#### 2° combinazione

- € 60.000,00 morte
- € 150.000,00 invalidità permanente totale
- € 5.000,00 rimborso spese di cura a seguito di infortunio
- € **5,00 premio lordo per persona**

#### Categoria B)

**Persone di età superiore a 16 anni**

#### 1° combinazione

- € 60.000,00 morte
- € 80.000,00 invalidità permanente totale
- € 2.600,00 rimborso spese di cura a seguito di infortunio

#### 2° combinazione

- € 100.000,00 morte
- € 150.000,00 invalidità permanente totale
- € 5.000,00 rimborso spese di cura a seguito di infortunio

Il premio è determinato forfettariamente sulla base del numero degli iscritti ai corsi di studio nell'anno precedente a quello di effetto del certificato, compresi gli iscritti ai centri estivi.

### Rimborso spese mediche a seguito di infortunio:

L'Assicurazione rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni mediche e/o specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto di medicinali e materiali sanitari e relativi tickets, acquisto di apparecchi protesici e terapeutici risultanti da un evento avvenuto durante il periodo di questa assicurazione.

In caso di ricovero in istituto di cura pubblico o privato - con o senza intervento chirurgico - l'Assicurazione rimborsa le spese dell'Assicurato per gli onorari dell'équipe medica, per medicinali, per diritti di sala operatoria, per materiali d'intervento compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati anche durante l'intervento stesso.

Nel massimale indicato per il rimborso delle spese mediche di cura vengono comprese quelle necessarie a seguito di infortunio per:

- riparare danni estetici fino alla concorrenza di € 1.000,00;
- protesi dentarie entro il limite di € 1.000,00;
- danni ad occhiali e lenti a contatto con il massimo di € 260,00;

I suindicati limiti s'intendono validi per uno o più sinistri subiti nel corso dello stesso anno assicurativo da un medesimo soggetto assicurato.

Si conviene tra le parti che il pagamento dell'indennizzo sarà effettuato previa detrazione di una franchigia assoluta € 50,00 per singolo sinistro.

### **Invalidità permanente – criteri di risarcibilità:**

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente al termine della polizza, entro due anni dalla data dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 nr 1124 - Tabella INAIL -.

### **Grandi Invalidità:**

In caso di infortunio che determini per la persona assicurata una invalidità permanente accertata di grado superiore al 60% della invalidità permanente totale, la Società liquiderà, a titolo di indennizzo, il 100% della somma assicurata.

### **Principali franchigie e limiti di risarcimento**

- franchigia relativa 3% sul capitale invalidità permanente che si intende annullata quando l'invalidità permanente accertata in base ai criteri previsti dalla presente polizza sia superiore al 20%
- franchigia assoluta € 50,00 per sinistro garanzia rimborso spese mediche.
- la massima esposizione della Società per sinistro è di **€ 1.550.000,00**

### **IL BROKER:**

Il Broker al quale la F.I.S.M. di Vicenza ha affidato la gestione ed intermediazione assicurativa dal 31/12/2010 è la Spett.le **INSER S.p.A.** con sede in Vicenza – Via Legione Antonini, 138/a –

→ Telefono centralino: 0444/229011 – fax centralino 0444/963008 –

→ Risorse dedicate:

#### **Responsabile di Sede**

Sig.ra Anna Dal Ponte tel. interno 0444/229034 – cell. 348/4415022 –

**e-mail: [dalponte@inerspa.eu](mailto:dalponte@inerspa.eu) –**

#### **Ufficio sinistri:**

Sig.na Alessandra Sabetta tel. interno 0444/229027 – fax diretto 0444/964194

**e-mail: [sabetta@inerspa.eu](mailto:sabetta@inerspa.eu)**

### **Adempimenti in caso di sinistro:**

**denunciare** il sinistro **entro 8 giorni** alla Spett.le **INSER S.p.A.** utilizzando l'allegato fac-simile da inviarsi indifferentemente:

- a mezzo posta al seguente indirizzo: 36100 Vicenza – Via Legione Antonini, 138/a
- a mezzo fax nr. 0444/964194
- a mezzo e-mail [sabetta@inerspa.eu](mailto:sabetta@inerspa.eu)

Vi ricordiamo di conservare tutta la documentazione relativa all'infortunio (**originali** delle ricevute per prestazioni mediche, tickets, referti, etc) ed inviarle alla Spett.le **INSER S.p.A.**

la presente è stata predisposta allo scopo di sintetizzare i principali termini della copertura; non può essere considerata vincolante per le garanzie ed in caso di sinistri o di necessità interpretative si dovrà fare riferimento esclusivamente all'originale del contratto di riferimento, unico documento che ha rilevanza a detti fini.

FAX 0444/964194  
TEL. 0444/229032

Spettabile  
INSER SPA  
VIA LEGIONE ANTONINI 138/A  
36100 Vicenza (VI)

Data \_\_\_\_\_

**DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI POL. ITAS NR M09016968 – F.I.S.M. Vicenza -**

Denominazione Ente aderente	<b>SCUOLA MATERNA SAN GIUSEPPE -</b>
Indirizzo (cap-città-prov.)	<b>VIA RIMEMBRANZE, 17 - LERINO</b>
Recapiti Telefonici / e.mail	
Dati relativi all'applicazione	<input type="checkbox"/> <b>Numero: 298</b> <input type="checkbox"/> <b>Effetto/scadenza: 01/07/2016 - 30/06/2017</b>

**GENERALITA' INFORTUNATO**

(Nel caso il sinistro abbia coinvolto più persone, compilare una scheda per ciascun infortunato)

Cognome e nome / Data di nascita	
Indirizzo (cap-città-prov.)	
Professione	
Recapiti telefonici / e.mail	
Generalità di un genitore nel caso di infortunato minorenne	

**DESCRIZIONE PARTICOLAREGGIATA DELL'INFORTUNIO**

Data / ora / Luogo	
Descrizione dell'accaduto	
Conseguenze	
Testimoni	
Osservazioni varie	

**INFORTUNI AVVENUTI NEL CORSO DI MANIFESTAZIONI SPORTIVE**

La manifestazione si svolgeva sotto l'egida di Federazioni Sportive?  
 **SI ( indicare quale) \_\_\_\_\_**  
 **NO**

**DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

Certificato pronto soccorso  
 Certificato medico  
 Altra documentazione medica (specificare): \_\_\_\_\_  
 Informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili(Art. 13 D.L.30/06/2003 N. 196) da restituire firmata dall'infortunato o da un genitore, se minorenne.

**FIRME**

<b>FIRMA DELL'INFORTUNATO</b> (o di un genitore se minore) per conferma della denuncia e presa d'atto che il diritto all'eventuale indennizzo si prescrive in due anni dal giorno dell'infortunio e che l'interruzione della prescrizione a termini de Legge è di Sua esclusiva competenza	
<b>FIRMA del Responsabile Ente Aderente</b>	



## DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa che ci è stata fornita ai sensi del Codice della Privacy di cui sopra,

**acconsento / acconsentiamo**

al trattamento dei dati personali comuni che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la società di intermediazione;  
alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 6. a) e b) della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lettera a) e b), della medesima informativa o obbligatori per legge;  
al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 8 della predetta informativa con finalità di cui al punto 1. a) e b).

---

### DATI SENSIBILI

Per quanto riguarda il trattamento di dati "sensibili", eventualmente acquisiti dalla Società per l'esecuzione delle operazioni e dei contratti indicati a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo al punto 2. della predetta informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

**Acconsento/acconsentiamo**

**Non acconsento/acconsentiamo**

---

### PRODOTTI E SERVIZI DELLA SOCIETA' E DI SOCIETA' FACENTI PARTE DEL GRUPPO

Per quanto riguarda l'invio da parte della Società o da parte di società del gruppo di appartenenza di informazioni o materiale pubblicitario riguardante prodotti o servizi della Società stessa e delle società del gruppo o di compagnie di assicurazione o di altre società.

**Acconsento/acconsentiamo**

**Non acconsento/acconsentiamo**

---

### RICERCA DI MERCATO E VERIFICA QUALITA' DEL SERVIZIO OFFERTO

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Società o da parte di società del gruppo di appartenenza dei miei/nostri dati a società di ricerche di mercato e indagine al fine di verificare la qualità dei servizi e prodotti erogati dalla Società nonché in merito alla soddisfazione dei Clienti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

**Acconsento/acconsentiamo**

**Non acconsento/acconsentiamo**

**Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.**

Luogo e data,

**Nome e Cognome o Denominazione dell'Interessato,**

TIMBRO E FIRMA

.....

.....