



**LOTTO 7**  
**Capitolato tecnico dell'assicurazione**  
**INFORTUNI e RIMBORSO SPESE MEDICHE**  
**DURANTE I VIAGGI ALL'ESTERO**

**Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2020**  
**Scadenza ore 24.00 del 31/12/2023**

## DEFINIZIONI

### **Assicurato**

Il Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

### **Beneficiario**

Le persone designate dall'assicurato a riscuotere l'indennizzo in caso di proprio decesso. In assenza di designazione specifica, i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

### **Compagnia/Società**

L'impresa di assicurazione aggiudicataria.

### **Contraente**

Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

### **Day Hospital / Day Surgery**

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o interventi chirurgici (day surgery) eseguiti da medici chirurgici specialisti con redazione di cartella clinica.

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Compagnia ai beneficiari in caso di sinistro.

### **Infortunio**

L'evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente accertabili e che abbia per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'altra garanzia prevista dal contratto.

### **Intervento chirurgico ambulatoriale**

Provvedimento terapeutico attuato con manovre strumentali cruenta, eseguito ambulatorialmente senza ricovero o presso lo studio di un medico chirurgo.

### **Invalidità permanente**

Per invalidità permanente si intende il pregiudizio o la riduzione, definitivi e irrimediabili, della capacità generica di attendere a un qualsiasi lavoro proficuo.

### **Istituto di cura**

Struttura, privata o pubblica, regolarmente autorizzata all'erogazione di assistenza ospedaliera. Non sono comunque considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture con finalità dietologiche, fitoterapiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

### **Limiti territoriali**

L'assicurazione vale per il Mondo Intero.

### **Malattia**

Ogni alterazione obiettivamente riscontrabile dallo stato di salute dell'assicurato non dipendente da infortunio.

**Malattia improvvisa**

Malattia di avuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della sottoscrizione della polizza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo.

**Polizza**

I documenti che provano l'assicurazione.

**Premio**

La somma dovuta dal contraente alla Compagnia.

**Ricovero**

Degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

**Rischio**

La probabilità che si verifichi il sinistro.

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

**Strutture sanitarie**

Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, casa di cura, day hospital, day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisioterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

**Trattamenti sanitari**

Insieme di medicinali e rimedi per il trattamento delle conseguenze di un infortunio, accertamenti diagnostici, cure mediche, materiale di intervento, endoprotesi, trattamenti riabilitativi. Vi rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici.

**Viaggio**

Qualsiasi spostamento al di fuori del Comune di residenza o soggiorno dell'assicurato all'estero.

**Visita specialistica**

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia, motivo della visita stessa.

**Broker incaricato**

Assiteca S.p.A. – Sede Legale in Milano, Via Sigieri 14 – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.Lgs. n. 209/2005.

## **SEZIONE 1 – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**

### **1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata e sino all'ultima scadenza di premio.

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

### **1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 c.c., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 c.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art. 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive e, inoltre, qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973, la Società dà atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 Gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

### **1.3 Regolazione del premio**

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nella scheda tecnica quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza di premio risultante dalla regolazione deve essere pagata dalla parte debitrice entro i 60 giorni successivi a quello di ricevimento, da parte del Contraente, della relativa appendice emessa dalla Società, inteso che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, per iscritto, la risoluzione del contratto.

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

#### **1.4 Modifiche dell'assicurazione**

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

#### **1.5 Durata del contratto**

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta e con esclusione del tacito rinnovo.

Su espressa richiesta scritta del Contraente, al fine di consentire l'espletamento della procedura per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, la Società s'impegna tuttavia a prorogare l'assicurazione, alle condizioni economiche e normative in corso, per un periodo massimo di 180 giorni oltre la scadenza contrattuale e dietro corresponsione del corrispondente rateo di premio.

Nel caso di contratto di durata poliennale, ciascuna delle parti ha la facoltà di rescindere il contratto medesimo a ogni scadenza annua intermedia, mediante comunicazione scritta, da inviarsi all'altra parte almeno 90 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo annuo in corso.

In caso di recesso da parte della Società, previa richiesta del Contraente, la stessa è obbligata a concedere una proroga per un periodo massimo di 90 giorni.

#### **1.6 Rinvio alle norme di legge**

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

#### **1.7 Produzione di informazioni sui sinistri**

1. La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
  - a) sinistri denunciati;
  - b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
  - c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
  - d) sinistri senza seguito;
  - e) sinistri respinti.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile ed utilizzabile dal Contraente stesso.
3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
4. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

#### **1.8 Interpretazione del contratto**

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si

conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

### **1.9 Oneri fiscali**

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

### **1.10 Foro competente**

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

### **1.11 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute, saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

### **1.12 Coassicurazione e delega**

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale, in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto la firma apposta sui detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

### **1.13 Clausola Broker**

Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto – con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.

Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

La Società, inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.

Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo telefax le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio del telefax.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

#### **1.14 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari**

In ottemperanza all'articolo 3 della L. n. 136 del 13 agosto 2010, la Stazione Appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

## SEZIONE 2 – CONDIZIONI DI GARANZIA INFORTUNI

### Art. 2.1 Oggetto

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato (in qualità di dipendente o collaboratore del Contraente) subisca durante la durata del viaggio all'estero. La garanzia decorre dalle ore 00.00 del giorno di partenza e cessa alle ore 24.00 del giorno di rientro dell'Assicurato alla sua residenza.

La Società garantisce ciascun assicurato relativamente alle garanzie e somme sotto evidenziate:

Garanzie	Capitali garantiti per ciascun assicurato
Morte	Euro 100.000
Invalità Permanente	Euro 100.000

### Art. 2.2 Equiparazione a infortunio

Sono, inoltre, equiparati a infortunio:

- ✓ l'annegamento e l'asfissia per involontaria aspirazione di gas e vapori;
- ✓ gli avvelenamenti provocati da ingestione, contatto o assorbimento di sostanze tossiche o patogene;
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali e a punture d'insetti (esclusa la malaria);
- ✓ le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere (comprese quelle tetaniche) conseguenti a infortuni garantiti a termini di polizza;
- ✓ l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, colpi di sole e calore;
- ✓ le ernie traumatiche, le lesioni (fatta eccezione per gli infarti) causate da sforzo muscolare;
- ✓ gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche da scariche elettriche e/o l'improvviso contatto con corrosivi;
- ✓ le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da infortunio.

### Art. 2.3 Estensione di garanzia

Si intendono assicurati gli infortuni derivanti all'Assicurato a causa o in occasione di:

- ✓ uso e guida di locomozioni in genere esclusa la guida di aeromobili e di elicotteri;
- ✓ aggressione, violenze, tumulti popolari, atti vandalici o terroristici quando anche abbiano movente politico, a condizione che l'Assicurato non ne sia promotore o partecipante attivo;
- ✓ partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- ✓ stato di malore o incoscienza (o subiti in stato di malore o incoscienza);
- ✓ colpa anche grave del Contraente, Assicurato e dei Beneficiari;
- ✓ stato di guerra, dichiarata o non, che sorprenda l'Assicurato mentre si trovi all'estero in un Paese che, fino al momento del suo ingresso, risultava essere in pace. Tale estensione di garanzia è operante per una durata massima di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;
- ✓ movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni frane, valanghe e slavine;
- ✓ partecipazione in qualità di passeggero a viaggi su aeromobili o elicotteri in servizio pubblico di linea regolare o a voli charter e straordinari effettuati sempre come passeggero su aeromobili esercitati da Società di traffico aereo regolarmente abilitate;

la garanzia è operante quand'anche si verificassero eventi delittuosi, comunque motivati, quali a esempio attentati, atti di pirateria, di sabotaggio e dirottamenti.

In quest'ultima evenienza la garanzia si intende operante anche per il rimpatrio o il trasferimento dal luogo ove l'Assicurato sia stato dirottato rispetto alla destinazione originariamente indicata sul biglietto.

### Art. 2.4 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione infortuni derivanti da:

- ✓ guida e uso di aeromobili, ferma restando la garanzia del passeggero inclusa nel precedente paragrafo;
- ✓ proprie azioni dolose;
- ✓ trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle



atomiche.

### **Art. 2.5 Determinazione del danno – Criteri di indennizzo**

La presente assicurazione prevede l'indennizzo dei seguenti casi:

#### **a) MORTE**

Quando l'infortunio provochi la morte dell'Assicurato, verrà liquidato ai beneficiari (che salvo contraria indicazione, si intendono gli eredi legittimi) l'intero capitale garantito per tale evenienza. Qualora a seguito di evento contemplato nel presente contratto, il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e si presuma che sia avvenuto un decesso, la Società liquiderà ai beneficiari (come sopra definiti) il capitale predisposto per il caso di morte. La liquidazione potrà avvenire solo dopo che siano trascorsi sei mesi dall'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c. Si conviene che, qualora successivamente al pagamento della indennità per morte presunta, l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione dell'indennizzo erogato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'indennizzo dell'invalidità permanente eventualmente patita, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione che, al più, decorreranno da quel momento.

#### **b) INVALIDITÀ PERMANENTE**

Quando l'invalidità sia totale o di grado superiore al 50% (vedasi capoverso successivo) verrà liquidato l'intero massimale previsto per tale caso.

Nell'eventualità in cui l'invalidità permanente sia parziale, la sua dimensione percentuale verrà stabilita mediante accertamenti sanitari e facendo riferimento alla tabella 1 allegata al D.P.R. 1124/1965 (TABELLA INAIL) e ai criteri previsti dall'art. 78 del suddetto decreto, con rinuncia da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Gli Assicuratori corrispondono l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si verificherebbero in ogni caso qualora l'infortunio colpisse una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali di cui al presente articolo sono diminuite tenendo conto delle situazioni patologiche preesistenti.

Per quanto non espressamente dichiarato nel presente capo si fa riferimento all'art. 79 D.P.R. 1124/65.

L'indennizzo liquidabile in caso di invalidità permanente parziale e di grado inferiore al 50% sarà una somma pari alla percentuale di invalidità accertata moltiplicata per il massimale riferito alla categoria della persona assicurata.

### **Art. 2.6 Denuncia dell'infortunio e obblighi relativi**

La denuncia dell'evento, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto entro 30 giorni dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente, dovranno essere inviati certificati medici sul decorso e sottoporsi, a richiesta, a esami medici a spese degli Assicuratori in relazione a qualsiasi infortunio o malattia. L'Assicurato o, in caso di morte, il Beneficiario, deve consentire, pertanto, tutte le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dagli Assicuratori, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

La Società si impegna a dare comunicazione al Contraente dell'avvenuta definizione del sinistro o a fornire le eventuali motivazioni del rifiuto di garanzia.

Si conviene che la denuncia dell'infortunio deve essere corredata anche dai documenti del Contraente inequivocabilmente attestanti l'avvenuto viaggio dell'Assicurato, recanti anche la data di inizio e fine viaggio.

### **Art. 2.6 Limite di età**

Le garanzie di cui al presente contratto non sono estensibili ad assicurati di età superiore a 75 (settantacinque) anni.

**Art. 2.7 Pagamento dell'indennizzo**

Valutato il danno, concordato l'indennizzo e ricevuta la necessaria documentazione, gli Assicuratori devono provvedere al pagamento dell'indennizzo. Questi ultimi verranno liquidati in Italia, in Euro.

**Art. 2.8 Mancinismo**

Nei confronti delle persone affette da mancinismo, le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

**Art. 2.9 Cumulo di indennità**

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio, in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli Assicuratori corrispondono ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, gli Assicuratori pagheranno agli eredi l'importo liquidato od offerta secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

**Art. 2.10 Anticipo indennizzo**

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo d'indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata almeno 30 giorni dopo l'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 30 giorni successivi, provvederà all'erogazione di un importo pari al 50 % della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

Non si darà luogo a erogazione di anticipi quando sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

## **SEZIONE 3 – CONDIZIONI DI GARANZIA SEZIONE RSM DA INFORTUNI E MALATTIA**

### **Art. 3.1 Oggetto**

L'assicurazione vale per gli infortuni e le malattie imprevedute che l'Assicurato (in qualità di dipendente o collaboratore del Contraente) subisca durante la durata del viaggio all'estero. La Società pertanto rimborsa, fino alla concorrenza del massimale, le spese rese necessarie da infortunio e/o da malattia improvvisa e riferite a prestazioni mediche, farmaceutiche e ospedaliere che l'Assicurato dovesse sostenere per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto nel corso del viaggio. La Società rimborsa, nell'ambito del massimale, le spese per cure dentarie urgenti sostenute all'estero fino alla concorrenza di € 350 per sinistro e persona.

Le garanzie assicurate, riferite ad ogni Assicurato, sono:

<b>Garanzie</b>	<b>Capitali garantiti per ciascun assicurato</b>
Rimborso Spese Mediche	Euro 100.000,00
Viaggio di un familiare	Euro 1.500,00
Rientro del Convalescente	Euro 1.500,00

La garanzia decorre dalle ore 00:00 del giorno di partenza e cessa alle ore 24:00 del giorno di rientro dell'Assicurato alla sua residenza.

### **Art. 3.2 Viaggio di un familiare**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato a seguito di un evento indennizzabile ai sensi del presente contratto, in una struttura sanitaria e non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, la Società rimborsa al familiare il biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) fino al massimo di € 1.500,00.

### **Art. 3.3 Rientro del convalescente**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, perché convalescente a seguito di un evento indennizzabile ai sensi del presente contratto, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente utilizzato per recarsi sul luogo del viaggio stesso, la Società rimborserà il biglietto di ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) fino al massimo di € 1.500,00.

### **Art. 3.4 Denuncia del sinistro**

La denuncia deve essere trasmessa, con avviso scritto, entro sette giorni dal sinistro (verificarsi dell'infortunio o della malattia improvvisa) o dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve contenere la descrizione e la data del sinistro e deve essere corredata di relativa documentazione medica (cartelle cliniche, certificati medici, ecc.) e documenti di spesa in originale (fatture, notule, ricevute) debitamente quietanzati, nonché dei documenti probatori inequivocabili del Contraente stesso attestanti l'avvenuto viaggio dell'Assicurato, recante anche la data di inizio e fine viaggio. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

### **Art. 3.5 Liquidazione e pagamento**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso la Società provvede alla liquidazione delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato entro trenta giorni.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia. Il rimborso delle spese sostenute all'estero avviene alle seguenti condizioni:

- Per le spese in valute dell'area Euro verrà applicata la parità ufficiale
- Per le spese in altre valute verrà applicato il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro Usa.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

## **SEZIONE 4 – CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER LE SEZIONI 2 E 3**

### **4.1 Identificazione degli assicurati e durata del viaggio**

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente per ogni viaggio il numero e i dati anagrafici degli assicurati, la data di partenza e la durata di ogni viaggio e la località stessa del viaggio. Per le relative identificazioni, si farà riferimento agli apposti registri obbligatoriamente tenuti dalla Contraente, che questi si impegna a esibire in qualsiasi momento a semplice richiesta degli incaricati della Società al fine di consentire di effettuare accertamenti e controlli.

### **4.2 Assicurazione di Gruppo**

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

### **4.3 Esonero denuncia preesistenze**

Il Contraente è esonerato dal notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni e i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

### **4.4 Esonero denuncia altri contratti infortuni**

il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare gli eventuali contratti infortuni individuali che il personale assicurato avesse stipulato per conto proprio e i sinistri dai medesimi sofferti.

### **4.5 Limite di età**

Le garanzie di cui al presente contratto non sono estendibili ad assicurati di età superiore a 75 (settantacinque) anni.

### **4.6 Limiti territoriali**

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### **4.7 Rinuncia alla rivalsa**

La Società rinuncia al diritto di rivalsa che, a norma dell'art.1916 c.c., a essa compete verso i terzi responsabili dell'infortunio.

**SCHEMA DI POLIZZA**

costituente parte integrante della polizza infortuni e RSM viaggi all'estero n° .....

**Contraente:** Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise  
**"G. Caporale"**  
 Campo Boario  
 64100 TERAMO  
 Partita IVA: 00060330677

**durata del contratto:** anni 3, con  
**effetto dal:** ore 24,00 del 31/12/2020  
**scadenza il:** ore 24,00 del 31/12/2023  
**prima quietanza:** ore 24,00 del 31/12/2021  
**frazionamento:** annuale

**Elementi per il conteggio del premio**

Il premio viene calcolato sulla base di quanto segue:

<b>Categorie di rischio</b>	<b>Parametro di regolazione preventivato</b>	<b>Premio anno lordo preventivato</b>
A) Numero assicurati complessivamente nel corso dell'anno	Numero complessivo: 140	Euro .....
B) Durata complessiva delle giornate di viaggio nel corso dell'anno per tutti i partecipanti	Giorni: 700	Euro .....
<b>PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO PREVENTIVATO</b>		<b>Euro .....</b>

Nell'evenienza in cui vi siano delle variazioni in corso d'anno dovute a inclusione di nuove categorie di rischio o al ridimensionamento di capitali, i ratei di premio occasionati da tali modificazioni verranno regolati al termine della annualità assicurativa.

Il premio anticipato viene calcolato sulla base dei parametri sopra esposti.

**Scomposizione del premio annuo**

<b>Premio annuo imponibile</b>	<b>Euro 0,00=</b>
<b>Imposte</b>	<b>Euro 0,00=</b>
<b>TOTALE</b>	<b>Euro 0,00=</b>

La Società

Il Contraente

-----

-----