

ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE TERAMO

VIA CAMPO BOARIO
64100 TERAMO
P.IVA 00060330677

ASSISTENZA VIAGGIO

- INFORTUNI
- RSM DA MALATTIA E INFORTUNIO
- BAGAGLIO

CAPITOLATO SPECIALE

EFFETTO CONTRATTO : ORE 24:00 DEL 03.04.2014
SCADENZA CONTRATTO: ORE 24:00 DEL 03.04.2016

LOTTO 7

INDICE

DEFINIZIONI

CONDIZIONI NORMATIVE

- ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO
- ART. 1.2 DURATA DEL CONTRATTO
- ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO
- ART. 1.4 COSTITUZIONE DEL PREMIO
- ART. 1.5 REGOLAZIONE DEL PREMIO
- ART. 1.6 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI E DURATA DEL VIAGGIO
- ART. 1.7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO
- ART. 1.8 DIMINUZIONE DEL RISCHIO
- ART. 1.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO
- ART. 1.10 ASSICURAZIONE DI GRUPPO
- ART. 1.11 ASSICURAZIONE NON NOMINATIVA
- ART. 1.12 ESONERO DENUNCIA PREESISTENZE
- ART. 1.13 ESONERO DENUNCIA ALTRI CONTRATTI INFORTUNI
- ART. 1.14 LIMITI TERRITORIALI
- ART. 1.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA
- ART. 1.16 ONERI FISCALI
- ART. 1.17 FORO COMPETENTE
- ART. 1.18 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO
- ART. 1.19 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO
- ART. 1.20 COASSICURAZIONE E DELEGA
- ART. 1.21 VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATILOSCRITTE
- ART. 1.22 TRATTAMENTO DEI DATI
- ART. 1.23 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE
- ART. 1.24 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI
- ART. 1.25 CLAUSOLA BROKER

CONDIZIONI DI GARANZIA

- ART. 2.1 OGGETTO – SEZIONE INFORTUNI
- ART. 2.2 EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO
- ART. 2.3 ESTENSIONE GARANZIA
- ART. 2.4 ESCLUSIONI
- ART. 2.5 DETERMINAZIONE DEL DANNO – CRITERIO DI INDENNIZZO
- ART. 2.6 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI
- ART. 2.7 LIMITI DI ETÀ
- ART. 2.8 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO
- ART. 2.9 MANCINISMO
- ART. 2.10 CUMULO INDENNITÀ
- ART. 2.11 ANTICIPO INDENNIZZO
- ART. 3.1 OGGETTO – SEZIONE RSM
- ART. 3.2 VIAGGIO DI UN FAMILIARE
- ART. 3.3 RIENTRO DEL CONVALESCENTE
- ART. 3.4 LIMITE DI ETÀ
- ART. 3.5 DENUNCIA DEL SINISTRO
- ART. 3.6 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

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 ha stipulato il contratto
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 chirurghi 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, una 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 ad 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 dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio
MALATTIA IMPROVVISA	malattia di acuta 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, case 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; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici
VIAGGIO	qualsiasi spostamento al di fuori del comune di residenza o soggiorno dell'Assicurato.
VISITA SPECIALISTICA	visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

CONDIZIONI NORMATIVE

ART. 1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO BUONA FEDE

Le dichiarazioni volutamente inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato 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 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 1.2 DURATA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha la durata di anni due con effetto dalle ore 24:00 del 03.04.2014 e scadenza alle ore 24:00 del 03.04.2016.

Il contratto è soggetto a frazionamento annuale, con scadenza al 3 aprile di ogni anno.

Alla sua scadenza il contratto si intende automaticamente disdettato, senza obbligo di comunicazione fra le parti. Altresì l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale si riserva, a proprio insindacabile giudizio, previa comunicazione da inviare alla Compagnia con preavviso di almeno 20 giorni, la facoltà di prorogare il contratto di altri 120 giorni, al fine di poter procedere all'espletamento di una nuova gara.

Al Contraente competerà comunque il pagamento di eventuali regolazioni maturate prima di tale data.

ART. 1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto a pagare il premio comprensivo d'accessori e relative imposte di assicurazione. La rata di premio verrà versata, in deroga a quanto previsto dall'art. 1901 del C.C., entro 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza del contratto, pertanto:

- a) nel caso in cui il Contraente provveda al pagamento del premio entro tale termine, la garanzia decorrerà dalle ore 24:00 dalla data di effetto del contratto;
- b) nel caso in cui il Contraente non provveda al pagamento del premio entro tale termine, la garanzia decorrerà dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Per le rate successive alla prima, compreso l'eventuale periodo di proroga di 120 gg., è definito un periodo di mora di 60 (sessanta) giorni dalla scadenza. In assenza di pagamento, allo spirare di tale termine, la garanzia si riterrà sospesa e sarà ripresa alle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferme le scadenze contrattuali previste dalla vigente copertura.

ART. 1.4 COSTITUZIONE DEL PREMIO

Il premio viene calcolato sulla base di quanto segue:

CATEGORIA DI RISCHIO	PARAMETRO DI REGOLAZIONE PREVENTIVATO	PREMIO ANNUO LORDO PREVENTIVATO
A.1 NUMERO VIAGGI EFFETTUATI	NUMERO COMPLESSIVO: 162	EURO

B.1 NUMERO ASSICURATI PER OGNI VIAGGIO	NUMERO COMPLESSIVO ASSICURATI: 74	EURO
C.1 DURATA DEI VIAGGI	GIORNI : 1.043	EURO
PREMIO ANNUO LORDO COMPLESSIVO PREVENTIVATO:		EURO

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.

ART. 1.5 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto all'articolo "Costituzione del premio" della presente polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minore durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Il contraente è obbligato a comunicare alla Società, ai fini della regolazione posticipata del premio, il numero dei viaggi effettuati, il numero degli assicurati per ogni viaggio e la durata dei viaggi. Si precisa che, anche ai fini delle regolazioni premio, i parametri di regolazione sopra evidenziati, saranno quelli relativi all'anno solare precedente alla scadenza assicurativa di riferimento.

A tale scopo, entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati ad essa necessari ai fini della regolazione del premio.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o 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 l'Assicurato abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

ART.1.6 IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI E DURATA DEL VIAGGIO

La Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare preventivamente per ogni viaggio il numero ed 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 ad esibire in qualsiasi momento a semplice richiesta degli incaricati della Società al fine di consentire di effettuare accertamenti e controlli.

ART. 1.7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società, d'ogni constatato aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'articolo 1898 C.C.

Tuttavia, l'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso

(aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

ART. 1.8 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte.

ART. 1.9 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, la Compagnia ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata.

In ambedue i casi di recesso la Compagnia rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le tasse.

ART. 1.10 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 del Codice Civile.

ART. 1.11 ESONERO DENUNCIA PREESISTENZE

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

ART. 1.12 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 ed i sinistri dai medesimi sofferti.

ART. 1.13 LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 1.14 RINUNCIA ALLA RIVALSA

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

ART. 1.15 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 1.16 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, il Foro in cui ha sede l'Assicurato.

ART. 1.17 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto debbono farsi, per essere valide, con lettere o a mezzo telefax alla Direzione della Società ovvero all'Agenzia e/o Broker a cui è stata assegnata la polizza.

ART. 1.18 OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

Alla fine di ogni periodo assicurativo annuo l'Impresa si impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio, in particolare il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di disporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

ART. 1.19 COASSICURAZIONE E DELEGA

Nel caso in cui la Compagnia aggiudicataria non assumesse in proprio l'intero rischio, la stessa assumerà il ruolo di Delegataria

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società:

1. Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal Contratto stesso, esclusa ogni responsabilità solidale.
2. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Compagnia Coassicuratrice Delegataria.
3. Ogni comunicazione s'intende data o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.

A deroga di quanto sopra previsto, la disdetta o il recesso di una delle Compagnie partecipanti al rischio saranno valide soltanto se comunicate all'Assicurato.

ART. 1.20 VALIDITÀ ESCLUSIVA DELLE NORME DATTILOSCRITTE

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

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

ART. 1.21 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della Legge 196/03, le parti consentono il trattamento dei dati personali inerenti alla presente polizza, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 1.22 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolamentato, valgono le norme di legge.

ART. 1.23 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società si assume l'obbligo della tracciabilità dei flussi finanziari, ai sensi dell'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010.

Inoltre, in tutti i casi in cui le transazioni siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane S.p.A. è prevista la clausola risolutiva espressa e conseguentemente l'Ente Contraente, avuta notizia dell'inadempimento della Società agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 Legge 136 del 13.08.2010, procederà all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale, informandone contestualmente la prefettura ufficio territoriale del Governo territorialmente competente.

ART. 1.24 CLAUSOLA BROKER

l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale Teramo dichiara di essere assistito dalla Società MEDIASS S.P.A. Piazza Ettore Troilo, 12 - 65127 Pescara, Broker incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209, iscritto al R.U.I. con n° B000190757. La presente clausola avrà efficacia per tutta la durata dell'incarico di brokeraggio e, in mancanza di attribuzione del servizio a nuovo broker, sino alla scadenza contrattuale.

Si conviene che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti, tramite la Società MEDIASS S.P.A. e in particolare:

- a) La Compagnia/Società darà preventiva comunicazione alla MEDIASS S.P.A. affinché, questi possa, ove lo ritenga, essere presente nel caso in cui intenda procedere ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo presso il Contraente.
- b) La MEDIASS S.P.A. si assume l'onere di tutti gli adempimenti ad essa spettanti e relativi al presente contratto sino alla sua naturale scadenza, incluse riforme e/o sostituzioni, senza che possa essere a tal fine sostituita;
- c) Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, anche se le stesse possono essere trasmesse per il tramite della MEDIASS S.P.A., le comunicazioni fatte alla Compagnia/Società dalla MEDIASS S.P.A., in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dalla MEDIASS S.P.A. e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia/Società, prevarranno queste ultime. Le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio fatte alla Compagnia/Società avranno efficacia al momento della ricezione della comunicazione alla Compagnia/Società stessa.
- d) La Compagnia/Società, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione di aggiudicazione definitiva o, se del caso, dalla stipula del contratto o, comunque, dalla richiesta di emissione del presente contratto o di eventuali appendici di variazione concordate, provvederà all'emissione dei conseguenti documenti contrattuali e li farà avere alla MEDIASS S.P.A. il quale curerà che il Contraente provveda al perfezionamento degli stessi nonché al pagamento dei relativi premi.
- e) La polizza e le appendici emesse dalla Compagnia/Società ed inviate alla MEDIASS S.P.A., dovranno essere restituite alla stessa dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento. Le polizze, le appendici e le quietanze emesse dalla Compagnia/Società, in caso di mancato perfezionamento o incasso, dovranno essere restituite alla stessa.
- f) Il Contraente effettuerà il pagamento dei premi o delle rate di premio alla MEDIASS S.P.A. e il pagamento stesso sarà considerato, ai fini di quanto disposto dall'art. 1901 c.c., come effettuato alla Compagnia/Società. La MEDIASS S.P.A. si dichiara debitore in proprio verso la Compagnia/Società degli importi a tal titolo incassati dal Contraente e si impegna a corrispondere gli stessi alla Compagnia/Società entro 10 giorni dalla data legalmente e/o contrattualmente prevista per il pagamento dei premi stessi.
- g) Nel caso in cui le parti contrattuali concordino una variazione di polizza la MEDIASS S.P.A. comunicherà tramite mezzi concordemente ritenuti idonei ed aventi data oggettivamente certa la decorrenza di garanzia che non potrà essere anteriore alla comunicazione stessa e alla data di effetto prevista nell'appendice contrattuale. Tale data sarà quella di inizio garanzia anche se non saranno ancora stati emessi e/o perfezionati i documenti contrattuali e anche se, in deroga all'art. 1901 primo comma c.c., nessun premio o deposito sarà stato corrisposto dal Contraente. In ogni caso, la MEDIASS S.P.A., fermo l'obbligo del Contraente al pagamento dei premi, si dichiara debitore in proprio, eventualmente in solido con il Contraente, verso la Compagnia/Società degli importi afferenti eventuali comunicazioni di incasso effettuate alla Compagnia/Società anche se da lui materialmente non incassati, nel limite di una somma pari a tanti trecentosessantesimi del premio annuo concordato quanti sono i giorni intercorsi tra la data di inizio della garanzia e quella di comunicazione di annullamento della medesima. Sono comunque dovute le imposte eventualmente

già anticipate. In caso di assenza di comunicazioni di incasso dei premi da parte della MEDIASS S.P.A., e del successivo pagamento degli stessi nei termini previsti dal presente contratto, la garanzia si intenderà operante a tutti gli effetti di polizza.

- h) Nel caso di contratti ripartiti fra più Compagnie la MEDIASS S.P.A. gestirà, nello stesso modo sopra precisato, i rapporti con le Compagnie coassicuratrici.
- i) La MEDIASS S.P.A. provvederà ad inviare alla Compagnia/Società di Assicurazione regolare denuncia dei sinistri; la Compagnia/Società comunicherà alla MEDIASS S.P.A. il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- j) La Compagnia/Società e/o i suoi incaricati, nei limiti del possibile, condurranno gli accertamenti e la liquidazione in contraddittorio con la MEDIASS S.P.A.. La Compagnia/Società comunicherà alla MEDIASS S.P.A. qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione.

CONDIZIONI DI GARANZIA

SEZIONE 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. 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 40.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE	EURO 40.000,00

ART. 2.2 EQUIPARAZIONE AD 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 ad 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 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 chartered 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 ad 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 fosse stato dirottato alla destinazione originariamente indicata sul biglietto.

ART. 2.4 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- ❑ guida ed 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 del 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) ed 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.

A parziale deroga di quanto indicato al capoverso che precede, ed esclusivamente per gli Assicurati di cui all'Art.2.1 comma a), ove l'Invalidità Permanente accertata, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, dovesse risultare di grado inferiore al 10% di quella totale, la stessa verrà liquidata in maniera proporzionale sul 50% della somma assicurata.

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 avesse colpito 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 ed 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, ad 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. 2.7 LIMITE DI ETÀ

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

ART. 2.8 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. 2.9 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. 2.10 CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio ed 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 offerto secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 2.11 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 alla erogazione di un importo pari al 50 % della somma che, sulla base delle stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile.

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

CONDIZIONI DI GARANZIA

SEZIONE RSM da infortuni e malattia

ART. 3.1 OGGETTO

L'assicurazione vale per gli infortuni e le malattie impreviste che l'Assicurato (in qualità di dipendente o collaboratore del Contraente) subisca durante la durata del viaggio. 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 € 350,00 per sinistro e persona.

Le garanzie assicurate, riferite ad ogni Assicurato, sono:

GARANZIE	CAPITALI GARANTITI PER CIASCUN ASSICURATO
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 FAMIGLIARE

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 rientra 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 LIMITE DI ETÀ

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

ART. 3.5 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. 3.6 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'aera 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.

La presente polizza è stata emessa in ... esemplari ad un solo effetto il giorno a

Formano parte integrante della polizza n. fogli dattiloscritti.

LA COMPAGNIA

IL CONTRAENTE

.....

.....

Il pagamento dell'importo, dovuto alla firma della presente polizza di Euro
(.....) è stato effettuato a mani del sottoscritto oggi alle
ore in

IL BROKER / ESATTORE