

**POLIZZA INFORTUNI SCUOLA (Puglia)**  
**Conv. 3195**



## **DEFINIZIONI**

**I seguenti vocaboli, usati nella polizza, significano:**

### **COMPAGNIA E/O SOCIETÀ**

Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A.

### **ASSICURATO**

La persona nel cui interesse è stipulata la polizza.

### **ASSICURAZIONE**

Il contratto di assicurazione.

### **POLIZZA**

il documento che prova il contratto di assicurazione.

### **PREMIO**

La somma dovuta alla Compagnia.

### **RISCHIO**

La probabilità del verificarsi del sinistro.

### **SINISTRO**

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

### **INDENNIZZO**

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

### **INVALIDITÀ PERMANENTE**

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

### **SFORZO**

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato.

### **RICOVERO**

Degenza in Istituto di Cura che comporti il pernottamento o degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

### **INGESSATURA**

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, purché applicati in Istituto di Cura ed inamovibili da parte dell'Assicurato, con esclusione pertanto di tutti i tutori preconfezionati.

### **ISTITUTI DI CURA**

Ospedale, Clinica, Casa di Cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.



## 1. NORME CONTRATTUALI COMUNI

### 1.1 PROVA DEL CONTRATTO

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

### 1.2 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELLE GARANZIE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

### 1.3 DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società presta la garanzia e determina il premio sulla base delle dichiarazioni del Contraente.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni possono comportare o il mancato pagamento dell'indennizzo o un pagamento ridotto, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892-1893-1894 del Codice Civile.

### 1.4 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

### 1.5 DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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 rinuncia al relativo diritto di recesso.

### 1.6 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro.

L'omissione della comunicazione di cui sopra può comportare la decadenza dal diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Le comunicazioni debbono avvenire per iscritto.

### 1.7 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha durata biennale e si risolve automaticamente alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

### 1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo previsto dalle garanzie prestate in polizza, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 15 giorni. In tal caso la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, corrisponderà al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso al netto della relativa imposta.

### 1.9 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

### 1.10 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza del Contraente.

### 1.11 PROVA

È a carico di chi domanda l'indennizzo di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto ai termini di polizza.

### 1.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge.



## 2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE (C.G.A)

### RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

#### 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Per infortunio si intende l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

L'Assicurazione di cui alla presente polizza vale per gli infortuni che colpissero gli Assicurati (Preside, Direttore, Alunni, personale docente e non docente) derivanti da tutte le attività scolastiche e parascolastiche, organizzate dalla Contraente oppure da terzi ma a cui la Contraente ha esplicitamente aderito, sia all'interno che all'esterno dei locali dove vengono svolte le lezioni (gite ricreative ed educative, stages, attività ginniche, giochi della gioventù, ecc.), in qualunque orario ed in qualunque giorno, compresi i festivi, per tutta la loro durata anche se si protraesse di varie ore rispetto a quella dichiarata nel programma, sempreché siano autorizzate dal Consiglio di Circolo/Istituto o dal Direttore/Preside.

In garanzia è compreso inoltre il tragitto, anche con uso di veicoli, da casa all'Istituto Scolastico e viceversa, nei limiti di tempo di un'ora prima dell'inizio delle lezioni o dell'attività esterna ed un'ora dopo il termine delle stesse, compreso l'eventuale tragitto per il trasferimento del personale che svolga servizio presso più Istituti Scolastici e/o Sedi.

La garanzia si intende automaticamente estesa:

- a familiari partecipanti alle uscite organizzate e autorizzate dalla scuola;
- a familiari stessi che volontariamente svolgono attività all'interno della scuola;
- a tutti i supplenti temporanei, a condizione che l'insegnante sostituito risulti assicurato;

sempreché l'attività delle persone sopraindicate risulti da autorizzazione nominativa effettuata da parte degli Organi d'Istituto competenti.

#### 2.2 ESTENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia di origine non morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento accidentale di sostanze tossiche;
- le infezioni conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, escluse la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore;
- le ernie addominali da sforzo, con esclusione di quelle rachidee; gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- la rottura sottocutanea del tendine di Achille, nei limiti di quanto previsto al punto **2.18** (invalidità permanente);
- gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da aggressioni, tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.
- **gli infortuni determinati dalle seguenti calamità naturali: terremoti, alluvioni ed inondazioni a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile.**  
**Resta convenuto che per i casi di terremoto:**
  - la presente estensione è operante per il solo caso Morte e che la Società corrisponderà un importo massimo pari al 50% dell'indennizzo dovuto a termini di polizza e con il limite di 250.000,00 per ogni persona assicurata;
  - nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di 1.500.000,00 per anno assicurativo. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

#### 2.3 RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o



di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, esclusi i viaggi effettuati:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplano, ultraleggeri, parapendio e simili).

Il viaggio in aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida se la polizza ha durata inferiore ad un anno.

#### **2.4 RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO**

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

#### **2.5 SERVIZIO MILITARE**

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso.

#### **2.6 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

#### **2.7 RISCHI ESCLUSI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida e dall'uso di mezzi di locomozione aerei, salvo quanto previsto al punto **2.3** (rischio volo);
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere;
- c) da corse, gare, allenamenti e prove di ippica, calcio, ciclismo, football americano, rugby, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- d) da corse, gare, allenamenti e prove comportanti l'uso di veicoli a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- e) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da movimenti tellurici, inclusi nell'estensione di garanzia al punto 2.2. ESTENSIONE
- g) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto al punto **2.4** (rischio guerra all'estero);
- h) da trasmutazione del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.

Sono inoltre esclusi:

i) gli infarti;

l) le conseguenze di interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio.

#### **2.8 LIMITI DI ETÀ**

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata ha raggiunto l'età di 75 anni e si impegna a comunicare tale circostanza alla Società nel momento in cui si dovesse verificare. In ogni caso l'assicurazione cessa, alla prima scadenza annuale successiva, per l'Assicurato che abbia raggiunto tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli



oneri

## **2.9 PERSONE NON ASSICURABILI**

Il Contraente dichiara che nessuna persona assicurata è affetta da infermità mentale, alcoolismo o tossicodipendenza. In ogni caso l'assicurazione cessa, per l'Assicurato, con il loro manifestarsi senza che il contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

## **2.10 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**

La Società corrisponde l'indennizzo 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 derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dal punto **2.18** (invalidità permanente).

## **2.11 CUMULO DI INDENNITÀ**

Le indennità per ricovero sono cumulabili tra loro e con tutte le altre garanzie. L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, 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.

## **2.12 ESONERO**

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni ed i difetti fisici da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto previsto al punto **2.9** (Persone non assicurabili). Viene tuttavia confermato che l'indennizzo e la liquidazione di eventuali infortuni saranno regolati a norma della presente polizza.

## **2.13 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE**

Sulla base delle "indicazioni del Ministero della P.I. prot. N. 2170 del 30/5/96, si precisa che:

le controversie mediche sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni e/o del ricovero, sul grado di invalidità permanente nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti al punto **2.10** (Criteri di indennizzabilità riportato nelle CGA) **possono essere demandate** per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

## **2.14 LIMITE CATASTROFALE**

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **€ 3.000.000,00**.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

## **2.15 RINUNCIA ALLA RIVALSA**

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio.

## **RELATIVE AL CASO MORTE**

### **2.16 MORTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida tale somma, in parti



uguali, agli eredi.

### 2.17 MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

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

## RELATIVE ALLA INVALIDITÀ PERMANENTE

### 2.18 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si manifesti entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo per invalidità permanente parziale calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano del dito	1/3

Per:

- anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
---	-----



-anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%
-anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%
- blocco della pronosupinazione in semipronazione dell'avambraccio e della mano	7%
- paralisi completa del nervo radiale	35%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%
- esiti di rottura sottocutanea di un tendine del bicipite brachiale	5%

Per:

-amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%

- un alluce	5%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%

- un altro dito del piede	1%
---------------------------	----

Per:

- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%
- esiti di frattura del menisco mediale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	2%
- esiti di frattura del menisco laterale del ginocchio, indipendentemente dal trattamento attuabile	3%
- lesione completa del legamento crociato anteriore del ginocchio	9%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
- anchilosi della sotto astragalica	5%
- paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%

- esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille	4%
--	----

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:

- un occhio

25%

- ambedue gli occhi

100%

Per:

- sordità completa di un orecchio	10%
- sordità completa di ambedue gli orecchi	40%
- stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
- stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
- esiti di frattura scomposta di una costa	1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
- esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme e dolente	5%
- postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
- perdita anatomica di un rene senza compromissioni significative della funzione urinaria	15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%



Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.



Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità permanente pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

## **2.19 ANTICIPO DELL'INDENNIZZO**

A richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente, ha facoltà di anticipare 1/3 (un terzo) del presumibile grado di invalidità, con il massimo di € 10.000,00.

## **RELATIVE AL RICOVERO E ALLE SPESE SANITARIE**

### **2.20 RIMBORSO SPESE SANITARIE**

Se l'Assicurato In conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma prevista per anno assicurativo, le spese sostenute:

#### nel corso del ricovero in Istituto di Cura:

- trasporto dell'Assicurato in ambulanza dal luogo dell'infortunio all'Istituto di Cura;
- visite mediche e specialistiche;
- farmaci;
- esami di laboratorio;
- rette di degenza in Istituto di Cura;
- onorari medici (chirurgo, aiuto, assistente, anestesista) e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- tickets;

#### dopo il ricovero oppure in assenza di ricovero in Istituto di Cura:

- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dall'Istituto di Cura e necessari per la riabilitazione della parte anatomica sinistrata purché effettuati entro 20 giorni dalla data di dimissioni dall'Istituto di Cura oppure dalla data di prescrizione;
- tickets;
- visite mediche specialistiche;
- accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio;

**A cura ultimata, la Società effettua il rimborso delle garanzie sopra riportate su presentazione, in originale, dalle relative notule, distinte, ricevute o fatture debitamente quietanzate.**

A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce i predetti originali previa apposizione della data di liquidazione dell'indennizzo e dell'importo liquidato.

Le spese sostenute all'estero nei paesi aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro.



Le spese sostenute all'estero nei paesi non aderenti all'Unione Monetaria, saranno rimborsate in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui sono state sostenute dall'Assicurato, rilevato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

### **2.21 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO**

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 180 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora il ricovero venga effettuato in regime di degenza diurna (**Day Hospital**) di almeno sei ore continuative, l'indennità giornaliera di degenza verrà corrisposta in ragione del 50% della somma assicurata per un periodo massimo di 180 giorni.

### **2.22 INDENNITÀ GRAVI RICOVERI A SEGUITO DI INFORTUNIO**

Qualora l'assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la Compagnia corrisponderà l'indennità giornaliera prevista in polizza.

In questo caso l'indennizzo complessivo, per ogni persona assicurata e per ricovero, non potrà essere superiore a € 6.000,00 (seimila).

### **2.23 INDENNITÀ DI RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA**

Per malattia s'intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Se la malattia ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza su presentazione di cartella clinica.

La garanzia viene prestata esclusivamente a seguito di insorgenze acute con esclusione delle situazioni patologiche insorte e/o rilevatesi precedentemente alla stipula del contratto, anche se emergenti successivamente con manifestazioni improvvise.

Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri:

- per la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- per la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- per le cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

### **RELATIVE ALLA DENUNCIA DI SINISTRO**

#### **2.24 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI**

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Compagnia o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, **entro 15 giorni** dal sinistro o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

**Successivamente** l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario, devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Compagnia.



## CONDIZIONI PARTICOLARI

### Art. 1) SOMME ASSICURATE

Ciascun Assicurato è garantito per le seguenti somme assicurate secondo i criteri espressi dalle specifiche condizioni di assicurazione.

#### PRESTAZIONE A)

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
morte	€ 100.000,00
invalidità permanente	€ 200.000,00
indennità di ricovero ospedaliero e Day Hospital	€ 50,00
indennità gravi ricoveri	€ 100,00
indennità di ricovero da malattia	€ 25,00
danni estetici permanenti	€ 25.000,00
ingessatura	€ 25,00
danni al vestiario	€ 250,00
spese funerarie	€ 10.000,00
rimborso spese sanitarie	€ 10.000,00
spese di primo trasporto	€ 1.000,00
cure per protesi dentarie	€ 10.000,00
acquisto lenti	€ 500,00
acquisto montatura	€ 150,00
rimborso spese per stages all'estero	€ 1.000,00
perdita dell'anno scolastico	€ 1.500,00
estensione delle garanzie ai genitori degli studenti	compresa
attivazione di una polizza vita	compresa
regolazione premio con flessibilità del 5%	compresa

#### PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA (operanti solo se indicate)

Prestazione	CP	Somma assicurata	Operatività
Contagio da virus H.I.V.	330	€. 25.000,00	SI
Indennità aggiuntiva invalidità > 50%	331	€ 3.500,00 (per tre anni)	SI
<b>FRANCHIGIA</b>			
Franchigia assoluta del 3%	332		Esclusa

Il premio annuo complessivo per ogni assicurato è di € 3,70 +0,80 ASSISTENZA =€ 4,50

### Art. 2) - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

A parziale deroga delle C.G.A., in caso di Invalidità Permanente, la Società calcolerà l'indennizzo sulla somma assicurata, in proporzione al grado di **Invalidità accertata** secondo la tabella di seguito riportata:



PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA		INDENNIZZO PER OGNI PUNTO DI INVALIDITA' ACCERTATO
Pari o inferiore al 5%		€ 250,00
Superiore al 5% sino al 10%		€ 650,00
Superiore al 10% sino al 25%		€ 1.150,00
Superiore al 25% sino al 60%		€ 1.400,00
Superiore al 60%		Il 100% della somma assicurata



**Art. 3) - DANNI ESTETICI PERMANENTI**

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha per conseguenza danni estetici permanenti che si manifestino entro un anno dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponderà un indennizzo secondo la sottoindicata tabella, calcolato sulla base della somma assicurata in polizza.

La valutazione tabellare del danno estetico (dopo detrazione dell'eventuale franchigia) verrà sommata alla eventuale percentuale di invalidità permanente, se esistente, derivante dalle altre conseguenze indennizzabili dell'infortunio.

**Tabella di riferimento delle valutazioni del grado percentuale dei danni estetici permanenti**

- gravissima deformazione del viso	40%
- perdita completa del cuoio capelluto	15%
- perdita di tutto il naso	30%
- perdita di un padiglione auricolare	11%
- perdita di un labbro	15%
- perdita di un emilabbro	10%
- perdita di ambedue le labbra	25%
- perdita di un occhio senza la possibilità di applicare protesi estetica	10%
- perdita della mandibola	30%

**- Esiti cicatriziali al volto**

a) cicatrici lineari visibili a distanza di conversazione , per ogni 4 centimetri	3%
b) cicatrici a superficie estesa visibili a distanza di conversazione, per ogni cmq.	1%

**Esiti cicatriziali al collo:**

cicatrici a superficie estesa ipertrofiche, discromiche o retraenti visibili a distanza di conversazione.	
fino a 20cmq	da 0% a 5%
da 20 cmq. A 50 cmq.	da 5% a 10%
oltre 50 cmq.	da 10% a 15%

La garanzia non è operante per danni estetici al tronco, all'addome e agli arti.

Le cicatrici multiple o perdite di sostanza ( parti molle e/o ossee) al volto, sono valutabili al massimo con le stesse cifre percentuali previste per la "gravissima deformazione del viso".

Nel caso di danni estetici permanenti plurimi l'indennizzo viene stabilito mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola menomazione. In ogni caso la percentuale della invalidità permanente indennizzabile complessiva, ivi compresa quella derivante dalle altre conseguenze dell'infortunio, non potrà superare il valore massimo del 100%.

**La Società non corrisponderà alcun indennizzo per danni estetici permanenti quando questi sono di grado non superiore al 5% se, invece , essi risultano superiori a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.**

**Nel caso in cui il grado dei danni estetici permanenti sia pari o superiore al 25%, la Società liquiderà l'indennizzo senza applicazione di franchigia.**

**Art. 4) - INGESSATURA**

Qualora a seguito di infortunio garantito a termini di polizza, all'Assicurato venga applicata in Istituto di Cura una ingessatura e/o apparecchi protesici inamovibili agli arti inferiori/superiori, applicati e/o da rimuovere da personale medico, la Società corrisponderà una diaria giornaliera per ogni giorno in cui l'Assicurato e' risultato presente/non presente a scuola .

Tale prestazione viene garantita per un massimo di 20 giorni per ogni sinistro.



**Art. 5) – DANNI AL VESTIARIO**

In conseguenza di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese effettivamente sostenute per l'acquisto del suo vestiario in sostituzione di quello danneggiato avente analogo valore.

**Art. 6) - SPESE FUNERARIE**

A seguito di un infortunio mortale indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa agli aventi diritto le spese funerarie effettivamente sostenute fino alla concorrenza della somma assicurata.

**Art. 7) – SPESE DI PRIMO TRASPORTO**

Qualora a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato deve essere trasportato in Ambulatorio oppure in Istituto di Cura, la Società rimborsa all'Assicurato, purché documentate, le spese sostenute per il ripristino della tappezzeria del veicolo che ha effettuato il primo trasporto, imbrattata o danneggiata a causa del trasporto stesso necessario per il soccorso dell'Assicurato.

**Art. 8) CURE PER PROTESI DENTARIE**

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti della somma prevista in polizza e per infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese relative alla prima protesi sempreché applicata entro un anno dal giorno dell'infortunio con il limite massimo di € 500,00 per dente.

**Art. 9) – ACQUISTO LENTI**

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma assicurata, le spese sostenute dall'assicurato per l'acquisto di lenti (comprese quelle a contatto) la cui rottura sia stata determinata da infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che abbia provocato lesioni obiettivamente constatabili e certificate da Pronto Soccorso o altro Istituto di Cura. Sono comprese in garanzia anche le spese sostenute per l'acquisto della relativa montatura, fino alla concorrenza della somma assicurata.

**Art. 10) - RIMBORSO SPESE PER STAGES ALL'ESTERO**

Qualora la Direzione Didattica organizzi scambi di classe oppure stages con Paesi stranieri, la Società rimborsa fino alla concorrenza del massimale previsto in polizza, le spese sostenute per:

- cure ospedaliere rese necessarie da malattia che colpisca l'Assicurato mentre si trova all'estero;
- per il rientro anticipato o posticipato sostenute dall'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia verificatosi all'estero;
- per rientro anticipato dell'Assicurato dovuto a decesso di un familiare;
- per il viaggio di un familiare dell'Assicurato partecipante allo stages reso necessario a seguito di ricovero superiore a 5 giorni consecutivi, dovuto ad infortunio o malattia dell'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su prestazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

**Art. 11) - PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO**

A seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che dovesse comportare la perdita dell'anno scolastico, la Compagnia liquiderà all'Assicurato un importo forfettario pari a € 1.500,00 (millecinquecento). La perdita dell'anno scolastico e la sua causa devono risultare da dichiarazione rilasciata dall'Istituto Scolastico.

**Art. 12) - ATTIVAZIONE DI UNA POLIZZA VITA**

Qualora in dipendenza degli eventi assicurati con la presente polizza la Compagnia dovesse liquidare un indennizzo di importo superiore a € 5.000,00 (cinquemila), sarà attivabile, a discrezione del Beneficiario dell'indennizzo stesso, una polizza vita gestita dalla Compagnia nell'ambito del Ramo Vita ed afferente la **Gestione Speciale Vitattiva**.

In tale contratto l'indennizzo liquidato, o parte di esso, costituirà il premio unico e, il Beneficiario dell'indennizzo sarà Contraente e/o beneficiario della polizza vita.

**Art. 13) – ESTENSIONE DELLE GARANZIE AI GENITORI DEGLI STUDENTI**

Le prestazioni assicurative garantite dalla presente polizza vengono estese ai Genitori degli studenti assicurati quando si trovano:



- all'interno dell'Istituto scolastico per lo svolgimento di mansioni connesse alle attività istituzionali dell'Istituto;
- in qualità di accompagnatori degli studenti durante le gite, visite o uscite didattiche guidate in genere, viaggi di istruzione e manifestazioni sportive;
- i qualità di Membri di diritto degli Organi Collegiali d'Istituto.

**Art. 14) - PERSONE ASSICURATE**

L'Istituto Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti dal Contraente, il quale si obbliga a dare in visione in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

Resta fermo l'obbligo di effettuare le comunicazioni di cui al successivo **Art.15)**.

**Art. 15) - NUMERO DEGLI ASSICURATI**

Il Contraente dichiara che, al momento della stipula del presente contratto, gli assicurati sono:

Attività degli assicurati	Numero degli assicurati
Dirigenti	
Personale docente	
Personale non docente	
Alunni	742
<b>Totale complessivo</b>	

**Art. 16) - PREMIO ANNUO - MODALITA' DI ADESIONE**

Il premio finito annuo per ciascun Assicurato viene pattuito in € 4,50 (3,70+ 0,80) comprensivo di accessori e imposte, e ciò anche se il periodo di frequenza dovesse risultare inferiore alla durata dell'anno scolastico.

Il versamento del premio deve avvenire in forma cumulativa con parametro il numero complessivo degli assicurati risultanti dai registri tenuti dal Contraente e/o riportati in polizza.

**Art. 17) – REGOLAZIONE PREMIO**

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio indicato in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante il medesimo periodo negli elementi presi come presupposto per il conteggio del premio, fermo l'eventuale premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente deve comunicare alla Compagnia per iscritto i dati necessari affinché la stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive o passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 15 giorni successivi alla comunicazione da parte della Compagnia. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di differenza attiva a favore della Compagnia.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo alla annualità per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

La Compagnia ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.



**Art. 18) - FLESSIBILITA' DEL 5% SULLA REGOLAZIONE DEL PREMIO**

A parziale deroga di quanto riportato all'Art. 17) – REGOLAZIONE PREMIO, qualora alla fine dell'anno scolastico non si riscontri una variazione numerica superiore o inferiore al 5% del numero complessivo degli assicurati dichiarato in polizza, la Società non procederà al conguaglio del premio.

**Art. 19) - ALTRO**

Per quanto non abrogato o modificato dalle presenti Condizioni Particolari valgono le Condizioni Generali di polizza.

**CLAUSOLA TRACCIABILITA'**

L'impresa Assicuratrice UnipolSai Assicurazioni SpA (in breve "Assicuratore"), assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art.3 della Legge 13 agosto 2010, n.136 e successive modifiche.

L'assicuratore si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente ed alla prefettura-ufficio territorialmente competente del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante della notizia dell'inadempimento della propria controparte(subappaltatore/subcontraente)agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE E FRANCHIGIA**

*Tali condizioni sono operanti solo se viene richiamata la validità della garanzia nell'apposita casella "Operatività" riportata all'Art. 1) delle Condizioni Particolari di polizza.*

**330 – CONTAGIO DA VIRUS H.I.V. - Obblighi dell'assicurato relativi alle modalità di accertamento del danno**

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus **HIV** a causa di un evento accidentale ed esterno occorsogli nello svolgimento dell'attività scolastica per la quale è prestata l'assicurazione, **deve** darne notizia entro 5 giorni dal momento in cui si è verificato l'evento, a mezzo telegramma o fax indirizzato all'Agenzia che gestisce la polizza.

Contemporaneamente deve inviare alla Società, a mezzo raccomandata, descrizione dettagliata dell'infortunio, certificata dall'Ente presso il quale si è verificato l'evento accidentale o per il quale l'assicurato svolge la sua attività.

Entro 10 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test **HIV** presso un centro specializzato indicato dalla Società Assicuratrice.

Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo, l'assicurazione nei suoi confronti cesserà immediatamente ed il premio sarà diminuito dalla prima scadenza annua successiva.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test presso il medesimo centro e, se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, entro un anno dalla data di denuncia dell'evento la Società liquiderà l'intera somma assicurata indicata all'Art. 1) delle Condizioni Particolari di polizza.

Tutte le spese mediche relative al test **HIV** restano a carico dell'Assicurato; tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese verranno rimborsate dalla Società.

L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve essere identificato, pena la decadenza della garanzia assicurativa, al momento di sottoporsi al test immunologico.

L'assicurato dovrà inoltre sottoscrivere, al momento della denuncia del sinistro, l'apposita "informativa consenso" ai sensi della legge sulla privacy del 31 dicembre 1996, n. 675.

**Il rispetto dei termini della denuncia dell'infortunio e degli altri obblighi sopra indicati è essenziale per la validità della copertura assicurativa e pertanto l'inosservanza dei predetti termini comporta la decadenza da ogni diritto all'indennizzo.**



**331 – INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'**

Nel caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti un'Invalidità Permanente parziale di grado superiore al 50%, accertata esclusivamente sulla base dei valori di cui al punto **2.18** e non di altre condizioni che supervalutino la percentuale di Invalidità Permanente residuata o l'indennizzo dovuto, la Società corrisponderà annualmente una ulteriore indennità aggiuntiva pari a quella indicata all'Art. 1) delle Condizioni Particolari di polizza, per un periodo massimo di tre annualità.

Tale indennità sarà messa a disposizione dell'Assicurato in un'unica soluzione annua periodica, a distanza di 1, 2, 3 anni dal giorno della liquidazione definitiva del sinistro infortuni.

L'indennità sarà corrisposta esclusivamente all'Assicurato in vita e non sarà trasmissibile agli eredi legittimi o ai beneficiari designati nel contratto.

**CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli il cui testo è parte integrante del presente contratto di assicurazione.

**Art. 1.3** - Dichiarazioni del Contraente

**Art. 1.6** - Altre assicurazioni (in caso di sinistro)

**Art. 1.7** – Durata contratto

**Art. 1.8** - Recesso in caso di sinistro

**Art. 2.8** - Limiti di età

**Art. 2.9** - Persone non assicurabili

**Art. 2.13** - Controversie

Il Contraente si impegna ad informare l'Assicurato, se diverso dalla sua persona, degli obblighi a suo carico gli stessi assume responsabilità e conseguenze.

**IL CONTRAENTE**

---



# POLIZZA ASSISTENZA SCUOLA

## **450 – GARANZIA ASSISTENZA SCUOLA EXTRA**

### **OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Le seguenti prestazioni vengono erogate in caso di infortunio o malattia a favore dell'Assicurato. La garanzia non è operante per eventi provocati da guerra, terremoti, alluvioni, maremoti, rischi di energia nucleare.

### **OPERANTE PER ATTIVITA' SCOLASTICHE, PARASCOLASTICHE E VIAGGI IN ITALIA.**

*Le garanzie di seguito elencate vengono fornite telefonando al numero verde 800-212477.*

#### **1.1 INFORMAZIONI SANITARIE**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazioni sanitarie in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private, ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione, tickets, ecc.);
- assistenza diretta ed indiretta in Italia ed all'estero;
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia ed all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

#### **1.2 PARERI MEDICI IMMEDIATI**

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni ed i consigli richiesti.

#### **1.3 INVIO DI UN MEDICO**

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità di prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

#### **1.4 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 Km. per evento.

#### **1.5 TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO.**

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore, con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe e, se necessario, in vagone letto;



- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.