

Capitolato Speciale d'Appalto

POLIZZA RSMO OUTGOING

Stipulata tra:

Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

Piazzale Aldo Moro, 5

– 00185 Roma –

CF: 80209930587

PI: 02133771002

E

[Nome Società]

Effetto:	dalle ore 24.00 del 31/12/2021
Cessazione:	alle ore 24.00 del 31/12/2024
Scadenza anniversaria	al 31/12 di ogni anno
Premio lordo annuale	€.....

N.B. : LA COMPAGNIA AGGIUDICATARIA DOVRÀ FORNIRE UNITAMENTE ALL'EMISSIONE DELLA POLIZZA LE CONDIZIONI TRADOTTE IN INGLESE.

Indice

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata	4
Art. 1 – Definizioni	4
Art. 2 - Soggetti assicurati.....	6
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione	7
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto	7
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	7
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	7
Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	8
Art. 5 – Modalità di inclusione in garanzia e regolazione del premio	8
Art. 6 –Recesso per Sinistro (Opzione base).....	9
Art. 6 –Recesso per Sinistro (Opzione migliorativa).....	9
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	9
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	9
Art. 9 - Oneri fiscali	9
Art. 10 - Foro competente	9
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	9
Art. 12 - Limiti territoriali.....	10
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	10
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	10
Art. 15 - Clausola Broker.....	11
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010.....	11
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge	11
Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione	12
Art. 19- Trattamento dei dati	12
Art.20 Sanction Clause.....	12
Art. 21 - Coassicurazione e Delega	12
Art. 22 – Penali	12
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione	14
Art. 1 Oggetto dell’Assicurazione	14
A) GARANZIA ASSISTENZA	14
B) GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO	17

C) GARANZIA DOCUMENTI DI VIAGGIO	18
D) *TUTELA DEL VIAGGIO (*valida solo se offerta in sede di offerta tecnica).....	18
E) SITUAZIONE DI CRISI	19
Art. 2 Esclusioni	20
Art. 3 Modalità di richiesta intervento della Centrale Operativa di Assistenza	22
Art. 4 Limiti di età	22
Sezione 4 – Norme che regolano la gestione sinistri	24
Art. 1 Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro	24
Art. 2 Criteri di liquidazione – Pagamento dell’indennizzo	24
Art. 3 Controversie e arbitrato irrituale	25
Art. 4 - Liquidazione.....	25
Sezione 5 – Calcolo del Premio	26
Art. 1 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione	26

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

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

ABITAZIONE	fabbricato o porzione di fabbricato adibito ad esclusivo uso abitativo, residenza anagrafica dell'Assicurato.
ASSICURATO	il soggetto, di qualunque nazionalità, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	quella svolta dall'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" per Statuto, per leggi, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BROKER	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
CENTRALE OPERATIVA	la struttura della Società costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che in contatto con l'Assicurato, provvede all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione, anche attraverso l'uso di dispositivi tecnologici/smartphone.
CONTRAENTE	la persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie l'Università degli Studi di Roma la Sapienza
FAMILIARE	coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, nuora.
FRANCHIGIA	parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
INFORTUNIO	evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.
ISTITUTO DI CURA	l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura, gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
MALATTIA	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
SOMMA ASSICURATA	l'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA/ CAPITOLATO	il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	la somma dovuta alla Società.
PRESTAZIONE	l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito in caso di sinistro da parte della Società tramite la Centrale Operativa.
RESIDENZA	il luogo in cui abita l'Assicurato come risulta da certificato anagrafico.
RICOVERO	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
RISCHIO	la probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	la percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la prestazione/garanzia assicurativa.
SOCIETA'	l'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.
SPESE MEDICHE / FARMACEUTICHE / OSPEDALIERE	si intendono le spese di intervento chirurgico (onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento) e le spese sanitarie (rette di degenza, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici).

TERRORISMO	ogni atto di violenza o minaccia di violenza rivolto ad una collettività indeterminata di persone e perpetrato per motivi politici, religiosi, etnici, ideologici e simili. L'atto di violenza o la minaccia di violenza è tale da diffondere panico, terrore, insicurezza nella popolazione o in parte di essa e ad esercitare influenze su un governo o istituzioni statali per costringere chi ha il potere a prendere decisioni a fare o tollerare soluzioni che non avrebbero accettato in condizioni normali. Non sono considerati come terrorismo i disordini interni. Come tali valgono violenze contro persone o cose commesse in occasione di assembramenti, sommosse o tumulti come pure danni dovuti a saccheggio in rapporto diretto con disordini interni.
VIAGGIO	lo spostamento dell'Assicurato per motivi di studio, ricerca, tirocinio e/o altra attività istituzionale per conto della Contraente, dal comune di residenza dello stesso o dalla sede del Contraente con destinazione Estero, la relativa permanenza. Il viaggio si intende terminato quando l'Assicurato rientra al luogo di partenza.
SITUAZIONE DI CRISI	<p>la situazione che si verifica quando le autorità competenti del Paese di residenza dell'Assicurato consigliano formalmente di evitare viaggi nel Paese ospitante in cui si trova l'Assicurato o di procedere ad una immediata evacuazione dallo stesso, per una delle seguenti cause quando le medesime siano completamente fuori dal controllo di Contraente o Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - espulsione dell'Assicurato o sua dichiarazione quale persona non gradita da parte delle Autorità del Paese ospitante; - scoppio di insurrezione o rivolta civile nel Paese ospitante; - scoppio di un conflitto militare che coinvolge il Paese ospitante; - attacco terroristico posto in essere nel Paese ospitante che abbia causato vittime; - l'inizio di un'epidemia nel Paese ospitante; - l'accadimento di calamità naturali nel Paese ospitante che abbia causato vittime.

Art. 2 - Soggetti assicurati

Le garanzie previste dal presente capitolato sono operanti esclusivamente a favore di professori, dipendenti, studenti, ricercatori, dottorandi, assegnisti, borsisti e personale comunque autorizzato dalla "Sapienza" che si recano all'estero nell'ambito di studi, scambi e accordi culturali, come da documentazione formale della struttura di appartenenza.

Si precisa che le richieste di attivazione della polizza verranno comunicate dall'Ente alla Compagnia (tramite il broker) di volta in volta, al fine di ottenere dalla Compagnia il relativo certificato di Assicurazione in lingua inglese. La regolazione del premio avverrà alla fine della annualità assicurativa, come meglio normato all'articolo 5 della Sezione 2.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto da assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

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

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

La presente Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2021 e cesserà automaticamente alle 24 del 31/12/2024 con scadenze annuali al 31/12 di ogni anno. Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta.

È altresì facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Art. 4 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Ai sensi dell'art. 48 BIS del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- a) 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 e ss.mm.ii., ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) 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.

La Società conviene che è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine all'Unità Operativa Economico-Finanziaria del Contraente a condizione che, negli estremi dell'atto, venga allegata copia dell'ordine di bonifico contenente tassativamente il codice TRN (Transaction Reference Number). Tali dati dovranno essere comunicati per iscritto a mezzo raccomandata o PEC o e-mail entro il termine di mora sopra riportato.

Art. 5 – Modalità di inclusione in garanzia e regolazione del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto all'art. 1 della Sezione 5, e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio. Resta convenuto un premio minimo comunque acquisito dalla Società pari al 60% del premio anticipato stabilito in polizza.

Per l'inclusione in garanzia delle persone da assicurare, il Contraente trasmetterà di volta in volta alla Compagnia (per il tramite del Broker), un tracciato excel contenente: nome, cognome, luogo di soggiorno, codice fiscale, data di inizio e di fine del viaggio degli Assicurati.

Ai fini della regolazione premio, alla fine di ogni annualità, la Compagnia effettuerà i conteggi sulla base delle comunicazioni avvenute durante l'annualità. Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e ss.mm.ii..

Se nel termine di cui sopra il Contraente non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni,

dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli 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.

Art. 6 –Recesso per Sinistro (Opzione base)

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata o PEC. Il computo dei 60 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o PEC. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – “Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio” necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 6 –Recesso per Sinistro (Opzione migliorativa)

Non si applica al presente contratto.

Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

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

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

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) o PEC indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere

ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 - Limiti territoriali

L'Assicurazione è operante nel mondo intero ad esclusione del territorio italiano e dei paesi in stato di belligeranza o a rischio guerra.

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

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

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

Pena l'applicazione della penale di cui all'ultimo comma del presente articolo, la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

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

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

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

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di 25,00 euro a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per la gestione del presente contratto, il contraente dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Qualora la società intenda avvalersi per l'amministrazione dei contratti di intermediari (art. 109 comma 2 lettera a del Codice delle Assicurazioni private) appartenenti alla propria rete distributiva, nondimeno garantirà il rispetto delle modalità e termini di rimessa premi previsti, convenuti o comunque riconosciuti dalle procedure amministrative vigenti in caso di gestione diretta o tramite gerenza, al fine di garantire l'adeguato collegamento tra le parti, per il tramite del broker.

La remunerazione del broker è posta a carico dell'Impresa aggiudicataria del contratto, nella misura del 8,5% del premio imponibile. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla società alla propria rete di vendita e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per il contraente.

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

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

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

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

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

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19- Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

La Società agisce quindi in qualità di “autonomo titolare” del trattamento dei dati trattati per la gestione delle polizze e dei sinistri dell'Ente ai sensi delle citate norme di legge e si impegna ad osservare le istruzioni impartite dal Titolare nonché le inderogabili disposizioni normative finalizzate alla corretta esecuzione dei servizi ed al rispetto degli obblighi contrattuali.

Art.20 Sanction Clause

La Società non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Società, la sua capogruppo o le sue controllate a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

Art. 21 - Coassicurazione e Delega

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

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

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

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

Art. 22 – Penali

In caso di inadempienza da parte della Società, rispetto a quanto indicato agli articoli “7 – Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione” e “14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio”, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di euro 25,00 giornaliera.

Le penali dovranno essere versate nel termine di 10 giorni naturali, successivi e continui dalla data in cui l'amministrazione comunica l'applicazione delle specifiche penali. Decorso tale termine, l'Università potrebbe

provvedere, senza necessità di messa in mora e con semplice provvedimento amministrativo, all'incameramento di una quota della cauzione definitiva pari all'ammontare della penale comminata.

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

Art. 1 Oggetto dell'Assicurazione

Si precisa che tutte le garanzie di polizza operano anche in caso di e per le malattie derivanti da epidemie/pandemie verificatesi in un Paese in cui le stesse fossero già in atto o già note prima della partenza dell'Assicurato.

A) GARANZIA ASSISTENZA

PRESTAZIONI ALLA PERSONA

1. CONSULENZA MEDICA

In caso di malattia e/o infortunio durante il Viaggio, l'Assicurato può chiedere un parere medico telefonico. I medici usano le informazioni date dall'Assicurato per valutare il suo stato di salute.

Questo parere non è una diagnosi.

La prestazione può essere richiesta 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

2. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO

Se l'Assicurato è all'estero e vuole sapere qual è il medico più vicino per una visita specialistica, può contattare la Centrale Operativa che indicherà il nominativo del medico, compatibilmente con le disponibilità locali.

3. INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

(valida solo per gli Assicurati residenti in Italia)

La Centrale Operativa di Assistenza provvederà, per conto della Società, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di farmaci (registrati in Italia) indispensabili all'Assicurato per il proseguimento di una terapia, nel caso in cui quest'ultimo non possa disporre di detti farmaci in loco o gli sia impossibile procurarli od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

4. INFORMAZIONI SULLA DEGENZA

Se, in caso di malattia e/o infortunio l'Assicurato è ricoverato in ospedale, i medici della Centrale Operativa provvedono a tenere costantemente aggiornati i familiari sulle condizioni di salute, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

5. INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

L'Assicurato ricoverato in un istituto di cura all'estero che ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua del posto può richiedere l'Interprete.

La Centrale Operativa invia in ospedale un interprete per i colloqui giornalieri con i medici che hanno in cura l'Assicurato.

La Società se ne assumerà il costo fino a € 2.500,00.

6. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

L'Assicurato può ricevere un anticipo per le spese impreviste di prima necessità, in caso di:

- un infortunio
- una malattia,
- furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio

La Centrale Operativa anticipa per conto dell'Assicurato, sul posto, le fatture fino ad un importo massimo di Euro **2.500,00* (*soggetto a miglioria tecnica)**.

La Società può decidere di anticipare anche una cifra maggiore di denaro se l'Assicurato può fornire una garanzia economica nel Paese di Residenza.

La Centrale Operativa garantisce l'Anticipo Spese di Prima Necessità se il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato dimostri di essere in grado di restituire la somma di denaro

Entro un mese dalla data dell'anticipo, l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata, in caso contrario, sono dovuti anche gli interessi secondo il tasso legale corrente.

7. ANTICIPO CAUZIONE PENALE

Nel caso in cui l'Assicurato all'estero è stato arrestato o è minacciato di esserlo e deve pagare una cauzione penale per essere rimesso in libertà, può richiedere l'anticipo della cauzione penale. La Centrale Operativa anticipa per conto dell'Assicurato, direttamente sul posto, la cauzione penale fino ad un importo massimo complessivo di Euro 2.500,00.

La Società può decidere di anticipare anche una cifra maggiore di denaro se l'Assicurato può fornire una garanzia economica nel Paese di Residenza. La Centrale Operativa garantisce l'Anticipo Cauzione Penale se il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato dimostri di essere in grado di restituire la somma di denaro.

Entro un mese dalla data dell'anticipo, l'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata, in caso contrario, sono dovuti anche gli interessi secondo il tasso legale corrente.

8. RIENTRO SANITARIO

Quando i medici della Centrale Operativa insieme ai medici sul posto, decidono che l'Assicurato può essere trasferito in un Istituto di cura in Italia o alla sua residenza, lo stesso può richiedere il Rientro Sanitario.

La Società organizza e sostiene le spese del rientro sanitario nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;
- autoambulanza.

La Centrale Operativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio di rientro se i medici dell'Assicurato lo ritengono necessario.

La Società può chiedere all'Assicurato di ricevere il biglietto del viaggio di ritorno che non viene utilizzato. La prestazione non verrà organizzata, in caso di:

- malattia o infortunio che, secondo la valutazione dei medici della Centrale Operativa, consente all'Assicurato di continuare a viaggiare;
- malattia o infortunio che possono essere curati sul posto;
- malattie infettive, quando il trasporto non rispetta le norme sanitarie nazionali o internazionali;
- dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.

9. TRASFERIMENTO VERSO UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

E' compreso il trasferimento verso un centro ospedaliero attrezzato, in caso di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di cura che i medici della Centrale Operativa non ritengono adeguato al suo stato di salute. I medici della Centrale Operativa insieme ai medici che hanno in cura l'Assicurato sul posto possono valutare di trasferirlo, in tale caso la Società organizza il trasporto dell'Assicurato al più vicino Istituto di Cura attrezzato nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se devi stare sdraiato; - treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto; - autoambulanza.

La Centrale Operativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se i medici dell'Assicurato lo ritengono necessario.

Questa prestazione non verrà organizzata in caso di:

- malattia o infortunio che, secondo la valutazione dei medici della Centrale Operativa, possono essere curati sul posto;
- malattie infettive, quando viaggiare viola le norme sanitarie nazionali o internazionali;
- dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.

10. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

L'Assicurato può richiedere di rientrare alla sua residenza se dopo una malattia o un infortunio è convalescente e non può usare il mezzo previsto inizialmente per il ritorno dal viaggio.

La Centrale Operativa prenota per l'Assicurato un biglietto per il rientro.

La Società tiene a suo carico i costi per il biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

La Società può chiedere all'Assicurato di ricevere il biglietto del viaggio di ritorno che non verrà utilizzato.

11. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

12. PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

L'Assicurato può richiedere di prolungare il suo soggiorno, se un certificato medico conferma che la malattia o l'infortunio gli impediscono di tornare a casa nella data che aveva programmato. In questo caso la Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di dieci notti e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

13. RIENTRO ANTICIPATO

L'Assicurato può richiedere di rientrare a casa in Italia prima del previsto. Questo a causa della morte o del ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un familiare.

La Società sostiene il costo per l'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

Entro 15 giorni dall'evento che ha costretto l'Assicurato al rientro anticipato, deve essere trasmesso alla Società il certificato di morte o i documenti che dimostrino il ricovero del familiare e il suo pericolo di vita.

14. TRASPORTO SALMA

In caso di decesso la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, purché situato in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea.

La Società terrà interamente a proprio carico i costi del trasporto.

Non sono comprese le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

15. TRASMISSIONI DI MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

16. SPESE DI RICERCA E SOCCORSO

In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso sono garantite fino ad un importo di € 5.000,00 per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

B) GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

1. SPESE MEDICHE/FARMACEUTICHE/OSPEDALIERE

Nel limite del massimale di Euro 250.000,00 per sinistro e per viaggio verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, conseguenti a infortunio o malattia, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciati);
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati);
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 500,00;

- le spese di trasporto all'estero relative al primo soccorso dal luogo dell'evento fino all'Istituto di cura. Il trasporto può avvenire con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo e fino a un massimo di Euro 5.000,00.

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

In caso di infortunio e/o malattia, sono comprese in garanzia anche le ulteriori spese per le cure che l'Assicurato riceve al rientro presso la sua residenza, per 60 giorni dopo il rientro e fino al massimale di Euro 10.000,00 per sinistro.

Per le spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, la Società terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza di € 2.500,00 per sinistro e per viaggio.

Le spese sostenute senza ricovero e senza presa in carico prevedono una franchigia pari ad Euro 100,00 per ciascun sinistro.

C) GARANZIA DOCUMENTI DI VIAGGIO

In caso di perdita, furto o danneggiamento durante il Viaggio di uno o più dei seguenti documenti ("Documenti di Viaggio"):

- documenti d'identità;
- visto per l'ingresso in un Paese;
- titoli di viaggio;
- altri documenti indispensabili per il proseguimento del Viaggio Assicurato;

L'Assicurato sarà indennizzato fino alla concorrenza di **€ 1.000,00*** (**soggetto a migliororia tecnica**) delle maggiori spese di trasporto e alberghiere sostenute per la sostituzione di quanto sopra previsto. Le spese alberghiere saranno rimborsate con il limite di € 150,00 al giorno. La Centrale Operativa fornirà informazioni su cosa fare in caso di perdita dei documenti ed organizzerà in accordo con l'Assicurato l'eventuale modifica del Viaggio necessaria per la sostituzione degli stessi, se necessaria al proseguimento del Viaggio. Verrà applicata una franchigia di € 100,00 per ogni richiesta d'indennizzo.

D) *TUTELA DEL VIAGGIO (*valida solo se offerta in sede di offerta tecnica)

1. ANNULLAMENTO DEL VIAGGIO

La Società garantisce un indennizzo fino a € 2.500,00 per viaggio in caso di annullamento del Viaggio Assicurato all'Estero.

L'indennizzo è garantito solo se la causa dell'annullamento del viaggio si verifichi prima della data di partenza prevista e successivamente alla prenotazione del viaggio e salvo che non sia stata attivata la garanzia di cui alla lettera E (Situazione di Crisi).

L'indennizzo sarà dovuto esclusivamente se la causa dell'annullamento sia una delle seguenti:

- morte o ricovero improvviso dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte o ricovero improvviso di un Familiare Diretto dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;

- morte o ricovero improvviso della persona con cui l'Assicurato deve effettuare il viaggio o con cui deve incontrarsi durante lo stesso;
- quarantena sanitaria obbligatoria imposta all'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- convocazione dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio per la partecipazione ad un processo civile o penale in veste di giurato o testimone;
- incendio della dimora abituale dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio tale da renderla inagibile.

L'indennizzo è dovuto solo per le seguenti spese di viaggio giustificate:

- per gli anticipi già pagati e non rimborsabili relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere e non coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non recuperabili altrimenti;
- per i pagamenti relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere dovuti contrattualmente e non coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non recuperabili altrimenti.

2. MODIFICA DEL VIAGGIO

La Società garantisce un indennizzo fino a € 2.500,00 per viaggio in caso di forzata modifica del Viaggio Assicurato all'Estero.

L'indennizzo è garantito solo se la causa della modifica del viaggio si verifichi durante lo svolgimento del viaggio successivamente alla partenza e salvo che non sia stata attivata la garanzia di cui alla lettera E (Situazione di Crisi).

Le cause per cui è possibile attivare la presente garanzia sono:

- morte o ricovero improvviso di un Familiare Diretto dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte della persona con cui l'Assicurato sta effettuando il viaggio o con cui deve incontrarsi durante lo stesso;
- convocazione dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio per la partecipazione ad un processo civile o penale in veste di giurato o testimone;
- incendio della dimora abituale dell'Assicurato che deve intraprendere il viaggio tale da renderla inagibile.

L'indennizzo è dovuto solo per le seguenti spese di viaggio giustificate:

- per i pagamenti relativi all'acquisto dei titoli di viaggio e delle sistemazioni alberghiere non goduti e comunque dovuti contrattualmente, a condizione che non siano coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non siano recuperabili altrimenti;
- per i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti per il rientro nel Paese di Residenza Principale o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel Paese principale di Residenza.

In alternativa la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà, e la Società terrà in carico, il rientro anticipato (treno 1° classe o aereo classe economica) dell'Assicurato per i casi previsti.

E) SITUAZIONE DI CRISI

1. CANCELLAZIONE E INTERRUZIONE DEL VIAGGIO

In caso di scoppio di una improvvisa e imprevedibile Situazione di Crisi durante il Viaggio, nel Paese ospitante il viaggio stesso, o nei 14 giorni immediatamente antecedenti il suo inizio, la Società rimborserà, fino ad un importo complessivo massimo di **€ 20.000,00*** (**soggetto a migliore tecnica**) per tutte le persone assicurate dalla Contraente e per periodo assicurativo, le spese come di seguito descritte, salvo che non sia stata attivata la garanzia D) TUTELA DEL VIAGGIO:

- cancellazione del viaggio prima della partenza: la Società rimborserà il costo dei titoli di viaggio e delle

sistemazioni alberghiere non goduti e comunque dovuti contrattualmente, a condizione che non siano coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non siano recuperabili altrimenti;

- interruzione del viaggio: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel Paese di Residenza Principale;
- modifica del viaggio successiva alla partenza: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel Paese di Residenza Principale o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel Paese Principale di Residenza;
- ritardo del viaggio superiore alle 4 ore: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato entro il limite massimo di € 1.500,00;
- prolungamento del viaggio: la Società rimborserà i costi aggiuntivi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato.

2. CONTENIMENTO DELLA SITUAZIONE DI CRISI ED EVACUAZIONE

La Compagnia rimborserà i costi connessi all'attivazione del servizio in oggetto nella misura in cui gli stessi siano strettamente necessari e ragionevoli e fino ad un importo complessivo massimo di **€ 20.000,00*** (**soggetto a migliorata tecnica**) per tutte le persone assicurate dalla Contraente e per anno assicurativo, in caso di scoppio, nel paese ospitante il Viaggio, di una improvvisa e imprevedibile Situazione di Crisi che metta a repentaglio la vita degli Assicurati.

La presente garanzia è limitata ai costi sostenuti dal momento della ricezione della denuncia della Situazione di Crisi da parte della Società, sino ai 30 giorni successivi alla ricezione stessa.

Resta inteso che la Compagnia resta del tutto estranea ai servizi di consulenza prestati dai soggetti incaricati, limitandosi a metterli in contatto con l'Assicurato ai fini della prestazione dei servizi di consulenza nella Situazione di Crisi, nonché ad offrire copertura dei relativi costi, nei limiti precisati in Polizza.

Art. 2 Esclusioni

Sono esclusi i sinistri provocati da:

- a) dolo o colpa grave salvo quanto indicato nelle singole garanzie;
- b) *alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali; (***esclusione abrogabile in sede di offerta tecnica – 10 punti**)
- c) guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- e) tentato suicidio o suicidio;
- f) uso di imbarcazioni a motore per tutte le attività sportive (sia a titolo dilettantistico che ricreativo che professionale) con l'esclusione dello sci nautico (esclusi i salti dal trampolino) e della pesca;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- h) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- i) aborto volontario non terapeutico;
- j) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte; kitesurfing; sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e

relative prove e allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

- k) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da stato di ebbrezza o abuso di psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- l) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- m) espianto e/o trapianto di organi;
- n) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, esplosivi, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
- o) gli infortuni preesistenti all'inizio del viaggio;
- p) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie senza carattere di urgenza;
- q) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in casi di soggiorno e convalescenza, case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura.
- r) viaggi effettuati allo scopo di effettuare visite, controlli e ricoveri.

Per la GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE sono inoltre escluse:

- le spese sostenute qualora l'Assicurato non abbia denunciato alla Società, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso e/o tutte le spese sostenute in assenza di autorizzazione della Centrale Operativa fatto salvo il caso di comprovata impossibilità di effettuare la denuncia;
- le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti;
- le spese per acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, le spese per apparecchi ortopedici e/o protesici;
- le spese per le visite di controllo effettuate, al rientro nel luogo di residenza, per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio oltre i 60 giorni dal rientro;
- le spese che sostenute per malattie o infortuni che abbiano già generato un sinistro rimborsato a termini di polizza.
- le spese mediche e ospedaliere che possono essere rimandate al rientro dell'Assicurato alla residenza.

Per la GARANZIA ASSISTENZA la Società:

- non garantisce l'intervento e la conseguente puntuale erogazione delle prestazioni in caso di guerra, lotta armata o insurrezione anche in aree geografiche limitate, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo. In ogni caso gli interventi saranno realizzati in ottemperanza a quanto previsto dalle autorità locali e internazionali.

Per la GARANZIA DOCUMENTI DI VIAGGIO sono inoltre esclusi i sinistri:

- a) dovuti a dimenticanza, incuria o smarrimento da parte dell'Assicurato.

Per la garanzia "ANNULLAMENTO E MODIFICA DEL VIAGGIO" la Società non risarcirà le spese sostenute in

conseguenza di:

- interruzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato con la Contraente dovute a licenziamento, dimissioni, scadenza del contratto di lavoro o cassa integrazione avvenuto entro un mese dalla data di partenza del Viaggio Assicurato;
- interruzione del rapporto di lavoro dell'Assicurato con la Contraente dovute a licenziamento, dimissioni, scadenza del contratto di lavoro o cassa integrazione avvenuto successivamente alla partenza del Viaggio Assicurato.

Art. 3 Modalità di richiesta intervento della Centrale Operativa di Assistenza

Nel caso di un ricovero in Ospedale o di un'emergenza medica, la Contraente, l'Assicurato, un Familiare, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo hanno in cura, devono mettersi, immediatamente dopo che ne siano venuti a conoscenza, in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.

Al momento della richiesta l'Assicurato dovrà fornire all'operatore i propri estremi identificativi:

- Cognome e Nome
- Numero della Card o Numero di Polizza
- Recapito telefonico del luogo di soggiorno all'estero
- Indirizzo del luogo di soggiorno all'estero

Dopo questo contatto preliminare, l'équipe medica della Centrale Operativa di Assistenza, consultandosi con il medico o i medici che hanno in cura l'Assicurato e/o con il medico o i medici abituali dell'Assicurato, deciderà quali siano i mezzi di trasporto medico e/o l'Ospedale o l'Istituto di Cura e/o le cure mediche più idonei in relazione alle sue condizioni.

MODALITA' CON PRESA A CARICO DEI COSTI DA PARTE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, previo contatto con la Centrale Operativa e relativa autorizzazione della stessa, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto sul posto da parte della Centrale Operativa.

Nel caso di ricovero, la garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, ad insindacabile giudizio dei medici della Società, di essere rimpatriato.

IMPORTANTE: l'Assicurato non dovrà prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Centrale Operativa, fatte salve eventuali cause di forza maggiore debitamente documentate. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di contattare preventivamente la Centrale Operativa, anche tramite terze persone, sarà onere dell'Assicurato stesso provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa.

MODALITA' CON RIMBORSO

Nei casi in cui la Centrale Operativa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa stessa che dovrà essere, anche in questo caso, preventivamente contattata.

Art. 4 Limiti di età

L'assicurazione non vale, per le persone di età maggiore di 80 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere

opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Sezione 4 – Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 1 Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

Il caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 60 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi del art. 1915 C.C.

La denuncia deve essere corredata o deve essere seguita dalla documentazione medica richiesta come disposto dal successivo Art 2. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché su richiesta della Società sottoposti ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato acconsentendo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30.06.2003 n. 196, del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i..

A parziale deroga di quanto previsto al primo comma, in caso di sinistro riguardante le prestazioni della GARANZIA ASSISTENZA, l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa. Se l'Assicurato è impossibilitato deve farlo appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alle Prestazioni di Assistenza, ai sensi del art. 1915 C.C.

Art. 2 Criteri di liquidazione – Pagamento dell'indennizzo

In caso di sinistro relativo alla GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE la denuncia deve essere corredata o deve essere seguita dalla seguente documentazione medica:

- certificato di Pronto Soccorso redatto sul luogo del sinistro riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica;
- originali di fatture, scontrini o ricevute fiscali per le spese sostenute, complete dei dati fiscali (P. IVA o codice Fiscale) degli emittenti e degli intestatari delle ricevute stesse;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei medicinali acquistati.

L'Assicurato e/o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Società la documentazione suddetta; inoltre, se richiesto, a norma del secondo comma dell'Art. 1, i suddetti devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Art. 3 Controversie e arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo da malattia o sulla natura e/o conseguenza delle lesioni, sulla giustificazione delle spese sanitarie, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza, 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 dove deve riunirsi il Collegio.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Ordine Provinciale dei Medici, sede di Facoltà Medica, più vicino al luogo di residenza/domicilio 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.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4 - Liquidazione

Gli indennizzi vengono corrisposti in Italia in valuta corrente.

In caso di richiesta di Indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea, ma che non hanno l'Euro come moneta, la Società calcola l'Indennizzo convertendo in Euro l'importo delle spese che hai avuto. la Società calcola l'Indennizzo in base al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese nel giorno di emissione della fattura.

La Società dovrà garantire il rimborso, in un tempo massimo di 45 giorni, dal momento in cui la pratica risulti completa.

Sezione 5 – Calcolo del Premio

Art. 1 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio".

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente di volta in volta, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art. 5 – Sezione 2, della presente polizza.

La regolazione del premio sarà effettuata su elementi variabili di polizza presi per la determinazione del premio (come in tabella).

Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo Per giornata	Totale
Costo giornaliero	2.500 giornate	€.....	€.....

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

Il Contraente

.....

La Società

.....