

COPERTURA ASSICURATIVA
RIMBORSO SPESE MEDICHE ED ASSISTENZA PERSONALE IN
MISSIONE
CIG B3745438B8

La presente polizza è stipulata tra

Fondazione Istituto Italiano Tecnologia - IIT
Via Morego, 30 – 16163 Genova
C.F. 97329350587 – P.I. 09198791007

E Società

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del 31.12.2024

Alle ore 24.00 del 30.06.2027

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	Fondazione Istituto Italiano Tecnologia - IIT
SEDE LEGALE	Via Morego, 30 – 16163 Genova
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	C.F. 97329350587 – P.I. 09198791007
ATTIVITÀ SVOLTA	Promozione dello sviluppo tecnologico del Paese e dell'alta formazione tecnologica in coerenza con gli indirizzi della politica scientifica e tecnologica nazionale, favorendo così lo sviluppo del sistema produttivo nazionale
DURATA DELLA POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2024 Scadenza: alle ore 24 del 30.06.2026
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€
IMPOSTE	€
PREMIO LORDO ANNUO	€
FRAZIONAMENTO	SEMESTRALE
BROKER - INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALiquota PROVVIGIONALE BROKER	0,00% La remunerazione del broker è a carico del Contraente
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

SEZIONE I DEFINIZIONI	
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo, pari od inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o cessazione annuale dell'assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero le seguenti tipologie di personale inviato in missione per conto del Contraente: a) Amministratori, personale dipendente, o ad esso equiparato; b) Personale esterno affiliato alla Fondazione IIT, autorizzato a svolgere attività di ricerca scientifica, professionale o di studio all'interno delle strutture di IIT, ossia tutti i Dottorandi, Borsisti,

	<p>Ricercatori, Affiliati, Visiting Professor, e figure similari nell'esercizio delle mansioni loro affidate dal Contraente con specifico mandato o mediante convenzione, accordo/agreement con l'ente di provenienza (Enti di Ricerca pubblici o privati, Università, Aziende, etc)</p> <p>c) Personale esterno alla Fondazione IIT e proveniente dall'estero al fine di svolgere attività di ricerca scientifica, professionale o di studio all'interno delle strutture di IIT ossia tutti i Dottorandi, Borsisti, Ricercatori, Affiliati, Visiting Professor, e figure similari nell'esercizio delle mansioni loro affidate dal Contraente con specifico mandato o mediante convenzione, accordo/agreement con l'ente di provenienza (Enti di Ricerca pubblici o privati, Università, Aziende, etc).</p>
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Assistenza	L'aiuto tempestivo in denaro o in natura, fornita all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.
BROKER – INTERMEDIARIO	AON S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Centrale Operativa	La struttura della Società, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed eroga le prestazioni di Assistenza. La struttura dovrà garantire assistenza anche in lingua inglese; le istruzioni operative e le indicazioni da seguire in caso di sinistro saranno disponibili sia in lingua italiana che in lingua inglese.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Day-hospital	La degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.
Domicilio	Il luogo dell'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato.
Durata dell'assicurazione – polizza	Il periodo che ha inizio con la data di effetto della polizza e termina con la data di scadenza della polizza.
Eestero	Tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.
Familiari	Coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, cognati.
Franchigia	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro è detratto dalla somma liquidata e che rimane a carico esclusivo del

	Contraente.
Indennizzo - Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.
Intervento chirurgico	Atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.
Istituto di cura	L'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Italia	Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.
Malattia	Qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.
Massimale	L'importo stabilito negli articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
Medicinali	Sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ect., anche se prescritti da un medico.
Mondo	Tutti i Paesi del Mondo.
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Residenza	Il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico.

Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento ovvero il day hospital.
Rischio	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Scoperto	La parte percentuale di danno che il Contraente tiene a suo carico.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
Società	La Compagnia Assicuratrice o il gruppo di Compagnie che ha assunto il presente rischio.
Viaggio	Lo spostamento e/o soggiorno dell'Assicurato per conto e in relazione agli affari del Contraente dal luogo di residenza e/o domicilio con designazione Italia o estero.

SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI PROROGA

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga tecnica della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata la disdetta annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

L'Ente Contraente si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata pari a 12 (dodici) mesi, previa adozione di apposito atto. In tal caso, la Stazione Appaltante trasmetterà la richiesta di proroga entro 180 giorni dalla scadenza contrattuale e la Società si impegna entro 30 giorni dalla richiesta a comunicare all'Ente l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso annuo prevista nella presente polizza.

Art. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

E' attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA TECNICA – OPZIONE DI PROROGA.

Art. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza.

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023 anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker alla Società.

Art. 4 TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010.

Art. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al

risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

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 per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui al presente articolo. 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 previsto dal citato art.1897; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

Art. 6 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO, una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto;
- b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione secondo quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

Art. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta del Contraente. Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

Art. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 90 giorni successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero, salvo che tale inesattezza della dichiarazione o la reticenza non abbia influito direttamente sul sinistro stesso.

Art. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) con preavviso di 120 (centoventi) giorni. In tal caso la Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della Polizza.

Qualora la comunicazione della volontà di recedere dal rischio pervenga a meno di 120 giorni dalla scadenza annuale del Contratto, la Società, su richiesta del Contraente, si impegna a concedere una proroga tecnica alle medesime condizioni economiche e normative in corso, per il periodo intercorrente tra la scadenza dell'annualità e la scadenza del periodo di 120 giorni di effetto del recesso per sinistro.

La riscossione di premi, o rate di Premio, venuti a scadenza dopo il recesso per Sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non potranno essere interpretati come rispettiva rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso. Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della Polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

Art. 10 ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- missione intrapresa contro il consiglio, il divieto o la limitazione (anche temporanea) dell'Autorità governativa del Paese di residenza dell'Assicurato o dell'Autorità pubblica competente del Paese di destinazione del viaggio, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;

- malattie psichiche;
- stati di gravidanza oltre la 26a settimana;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- cyber risk.

Art. 11 LIMITI DI ETA'

Le garanzie assicurative non valgono per le persone di età maggiore di 75 anni.

Art. 12 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La polizza e le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

Art. 13 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dalla comunicazione preventiva alla Società dell'esistenza di altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per lo stesso rischio. Quindi la presente polizza opererà indipendentemente dall'esistenza di altre polizze in essere.

Art. 14 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Compagnia dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Compagnia si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Compagnia solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Compagnia) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Compagnia, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Compagnia il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Compagnia ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt.120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico del Contraente.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella SCHEDA DI POLIZZA, e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/ Coverholder indicato nella SCHEDA DI POLIZZA. Pertanto:

- a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'Assicurato o al Contraente;
- b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'Assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;
- ab) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

Art. 15 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 16 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

Art. 17 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'Assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

Art. 18 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

Art. 19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

Art. 20 TRATTAMENTO DEI DATI

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

Art. 21 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

Art. 22 VALIDITA' TERRITORIALE

L'Assicurazione ha validità in tutto il mondo.

Art. 23 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 24 CLAUSOLA DI PASSAGGIO

Premesso che precedentemente all'effetto della presente polizza erano in vigore analoghe coperture in scadenza il 31/12/2024, si conviene che con decorrenza dalle ore 24 del 31/12/2024 la Società terrà in copertura tutti gli Assicurati già in viaggio prima della decorrenza della presente polizza e coperti sino al 31/12/2024 dal precedente Assicuratore.

A tale scopo il Broker unitamente alla richiesta di emissione della presente polizza, invierà alla Società l'elenco degli Assicurati, il cui viaggio, iniziato prima delle ore 24 del 31/12/2024, si concluderà successivamente a tale data.

SEZIONE III OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE -RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 25 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato, indicati alla sezione MASSIMALI- LIMITI DI INDENNIZZO - FRANCHIGIE, verranno prese in carico dalla Società o 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.

Verranno rimborsate o prese in carico dalla Società:

- le spese di ricovero in istituto di cura;
- le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- le spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciati);
- le spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati);
- le spese per cure dentarie urgenti, solo in caso di infortunio;
- spese di trasporto inerenti il primo soccorso.

In caso di ricovero ospedaliero in struttura convenzionata, 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 l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie, che dovrà provvedere a pagare direttamente sul posto.

Per importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere la preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa, salvo il caso di comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa non appena ne avrà la possibilità.

Per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio, le spese mediche pagate in Italia verranno rimborsate purché sostenute entro 60 giorni dalla data del rientro.

Art. 26 FRANCHIGIA E SCOPERTO

La presente polizza non prevede franchigie o scoperti.

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa, salvo il caso di comprovata impossibilità, verrà applicato lo scoperto indicato nella tabella Limiti di indennizzo – scoperti e franchigie.

Art. 27 DICHIARAZIONE DI COPERTURA PER USA e CANADA

Relativamente per gli Assicurati in viaggio in USA e Canada, la Società si impegna a rilasciare dichiarazioni di copertura redatte in doppia lingua, italiano ed inglese, qualora richiesto dal Contraente nei seguenti termini:

- Medical benefits of a least \$ 100,000 for accident or illness;
- Repatriation of remains in the amount of \$ 25,000;
- Medical evacuation to your home country in the amount of \$ 50,000;
- A deductible not to exceed \$ 500 for accident or illness;

- The insurance policy must be underwritten by an insurance corporation having an A.M. Best rating of "A" or above, an Insurance Solvency International, Ltd. ISI rating of "A-" or above, a Standard & Poor's Claims-paying Ability of "A", or above, a Weiss Research, Inc. rating of "B+" or above, or insurance backed by the full faith and credit of the government of the exchange visitors' home country.
- Pre-existing conditions must be a covered benefit: the waiting period for benefit coverage cannot exceed 12 months

Tale dichiarazione non modifica in termini restrittivi le garanzie di polizza.

Art. 28 ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE (ad integrazione dell'art. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI)

La Società non prende in carico gli eventi e/o le spese derivanti o conseguenti di:

- organizzazione diretta o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa nel solo caso di Ricovero Ospedaliero, compreso il Day Hospital;
- viaggio intrapreso contro il consiglio medico o, comunque, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- malattie croniche e patologie preesistenti. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti al viaggio;
- interruzione volontaria della gravidanza, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, dimagranti o termali e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite;

- visite di controllo eseguite successivamente al rientro al proprio domicilio, per situazioni conseguenti a malattie iniziate in missione; i. espunti e/o trapianti di organi;
- partecipazione a competizioni sportive e relative prove, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti, atti di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta.

Tutte le prestazioni non sono, altresì, dovute:

- nel caso in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero: si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale egli si trova ricoverato; l'Assicurato o chi per esso volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario.
- al neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del viaggio, anche in caso di parto prematuro.

SEZIONE IV OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 29 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di malattia, infortunio o di un evento fortuito. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

La Centrale Operativa organizza ed eroga previo contatto telefonico le seguenti prestazioni:

- A. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA: Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, la Società metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare l'emergenza sanitaria;
- B. INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA: qualora l'Assicurato in viaggio in Italia necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Società tramite la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle 20 alle 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantirà la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, la Centrale Operativa invierà il medico richiesto gratuitamente. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società organizzerà a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso;
- C. MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO: se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico della Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurati;
- D. INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO: la Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziale nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00 per sinistro;
- E. TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO: il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato che comporti infermità o lesioni non curabili in loco e che impedisca

la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario e/o possibile quello di famiglia, organizzerà e la Società prenderà in carico il trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza. A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

aereo sanitario – aereo di linea – vagone letto – cuccetta di 1° classe – ambulanza – altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non saranno dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato;

- F. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali qualora emerga la necessità che l'Assicurato si debba sottoporre ad una visita medica;
- G. VIAGGIO DI UN FAMILIARE per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 5 giorni. La Società tiene a proprio carico: un biglietto di andata e ritorno (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di soggiorno [pernottamento e prima colazione] nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 10 giorni consecutivi;
- H. SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE
La Società prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino alla concorrenza di € 100,00 per sinistro;
- I. SPESE DI PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO: la Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato all'organizzazione logistica per il pernottamento originato dal prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e la Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino ad un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno;
- J. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare nella sua residenza con i mezzi inizialmente previsti, la Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe).
La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso;
- K. TRASPORTO/RIMPATRIO DELLA SALMA
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e la Società prendere in carico le spese necessarie ed indispensabili (trattamento post mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie, di inumazione e l'eventuale recupero della salma;
- L. SPESE DI RICERCA, SOCCORSO e RECUPERO, in caso di infortunio o malattia, fino ad un importo massimo di € 5.000, purché le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale;
- M. TRASMISSIONE 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;
- N. INVIO MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO: La Centrale Operativa provvederà nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, infortunio o di malattia, all'inoltro a destinazione di medicinali indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato;
- O. RIENTRO ANTICIPATO DELL'ASSICURATO, determinato da decesso o da imminente pericolo di uno dei

- familiari. La Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico in carico il costo del biglietto (aereo classe turistica o treno 1° classe) per il rientro anticipato dell'Assicurato presso la sua residenza;
- P. RIMBORSO SPESE PER SITUAZIONE DI CRISI: in caso di scoppio di un'improvvisa situazione di crisi durante il viaggio, nel paese ospitante il viaggio stesso, che causi interruzione del viaggio o modifica del viaggio successiva alla partenza, la Società rimborserà gli eventuali maggiori costo di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel paese di residenza o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel paese di residenza fino ad un importo complessivo massimo di € 20.000,00 per tutte le persone assicurate dal Contraente e per periodo assicurativo;
- Q. ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO: La Società anticiperà all'Estero fino ad un importo di € 25.000,00 la cauzione penale disposta dall'Autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato alla Società.
- Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalla Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente alla Società che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra.
- Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

Art. 30 ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA ASSISTENZA (AD INTEGRAZIONE DELL'ART. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI)

La Società, oltre a quanto previsto alla Sezione ESCLUSIONI COMUNI non prende in carico gli eventi conseguenti o determinati, direttamente ed indirettamente da:

- organizzazione diretta o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, di tutte le prestazioni di assistenza previste;
- viaggio intrapreso contro il consiglio medico o, comunque, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- interruzione volontaria della gravidanza, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, dimagranti o termali e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite; e. ricerche o soccorsi in mare o in montagna;
- partecipazione a competizioni sportive e relative prove, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti, atti di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta.

Tutte le prestazioni non sono, altresì, dovute:

1) nel caso in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero:

- si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale egli si trova ricoverato;
- l'Assicurato o chi per esso volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza, garantendo il rimborso delle ulteriori spese ospedaliere e chirurgiche fino all'importo corrispondente al costo del trasporto/rientro sanitario rifiutato;

2) al neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del viaggio, anche in caso di parto prematuro.

**SEZIONE V
NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO**

Art. 31 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Per ogni richiesta di assistenza, l'Assicurato o chi per esso deve contattare immediatamente la Centrale Operativa fornendo:

- dati anagrafici
- codice fiscale
- numero della presente polizza
- tipo di intervento richiesto
- recapito temporaneo

inoltre: in caso di ricovero ospedaliero:

- dati dell'Ospedale (nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente)

In caso di richiesta di rimborso di spese mediche direttamente sostenute, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società specificando:

- circostanze dell'evento;
- dati anagrafici e recapito;
- numero di polizza;
- codice fiscale;

Allegando, inoltre:

- certificazione medica o documentazione attestante l'evento
- originale delle spese effettivamente sostenute.

Art. 32 CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La Società prende in carico i costi in forma diretta se convenzionata, o in accordo con la struttura ospedaliera che esegue la prestazione.

In caso di strutture non convenzionate, il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, verrà effettuato, previa presentazione delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, entro 30 giorni dalla presentazione completa della documentazione richiesta.

Art. 33 CONTROVERSIE

In caso di controversie, la quantificazione del danno sarà effettuata dalla Società mediante accordo diretto tra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale della Società. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito.

Le decisioni sono prese a maggioranza 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 dei patti contrattuali.

Art. 34 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società o l'Agenzia, entro 60 giorni dal termine di ogni scadenza semestrale, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri denunciati così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, della data dell'evento, del nome dell'Assicurato della data di denuncia, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- ✓ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva, che dovrà essere mantenuto, sia sui supporti magnetici che sulla documentazione cartacea, anche ad avvenuta liquidazione o ad annullamento "senza seguito" del sinistro stesso);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tali report dovranno essere forniti anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso; gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

SEZIONE VI MASSIMALI - LIMITI DI INDENNIZZO - FRANCHIGIE			
	PARTITE	GARANZIE PRESTATE	MASSIMALI
1	Viaggi e trasferte in tutto il Mondo, escluso Usa e Canada	Rimborso Spese Mediche	€ 100.000,00 per assicurato e per anno
		Assistenza	Vedere Sezione Assistenza
2	Viaggi e trasferte in Usa e Canada	Rimborso Spese Mediche	€ 250.000,00 per assicurato e per anno
		Assistenza	Vedere Sezione Assistenza
3	<p>Personale esterno affiliato alla Fondazione IIT e proveniente dall'estero al fine di svolgere attività di ricerca scientifica, professionale o di studio all'interno delle strutture di IIT.</p> <p>La copertura viene garantita in genere fino all'accREDITAMENTO all'interno del Servizio Sanitario Nazionale</p>	Rimborso Spese Mediche	€ 50.000,00 per assicurato e per anno

Tabella Limiti di indennizzo – scoperti e franchigie			
Garanzia	Scoperto	Franchigia	Limite di indennizzo
Spese per cure dentarie urgenti a seguito di infortunio	Nessuno	Nessuna	€ 200,00 per assicurato
Spese di trasporto inerenti il primo soccorso	Nessuno	Nessuna	€ 2.500,00
Spese inerenti il primo soccorso in Usa e Canada	Nessuno	Nessuna	€ 5.000,00
Spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio	Nessuno	Nessuna	€ 1.000,00
Spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital	Nessuno	Nessuna	€ 2.500,00 Part. 1
	Nessuno	Nessuna	€ 5.000,00 Part. 2
	Nessuno	Nessuna	€ 2.000,00 Part. 3
Spese di ricerca, soccorso e recupero	Nessuno	Nessuna	€ 5.000,00
Spese telefoniche/telegrafiche	Nessuno	Nessuna	€ 100,00
Interprete a disposizione all'estero	Nessuno	Nessuna	€ 1.000,00
Anticipo cauzione penale all'estero	Nessuno	Nessuna	€ 25.000,00
Rimborso spese per situazioni di crisi	Nessuno	Nessuna	€ 20.000,00
Per sinistri di importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa	10%	€ 30,00	

SEZIONE VII COSTITUZIONE DEL PREMIO

Art. 35 COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

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 esposto in polizza, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza ed indicati nella sezione CALCOLO DEL PREMIO.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione premio devono essere pagate dal Contraente o dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice, che verrà spedita entro 30 giorni dalla ricezione dei dati.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente

abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società 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 del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione e ciò sino all'adempimento di tali obblighi.

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

**SEZIONE VIII
CALCOLO DEL PREMIO**

Art. 36 CALCOLO DEL PREMIO

Il premio della presente polizza è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili, ed è costituito nel modo sottoindicato:

PARTITE	PARAMETRI PREVENTIVI	TASSI LORDI X GIORNATA	PREMI LORDI ANNUI
1 Viaggi e trasferte il tutto il Mondo escluso USA e Canada	Numero giornate annue di missione: 13.000		
2 Viaggi e trasferte in USA e Canada	Numero giornate annue di missione: 5.000		
3 Personale esterno affiliato alla Fondazione IIT e proveniente dall'estero al fine di svolgere attività di ricerca scientifica, professionale o di studio all'interno delle strutture di IIT. La copertura viene garantita in genere fino all'accreditamento all'interno del Servizio Sanitario Nazionale	Numero giornate annue di missione: 200		
PREMIO ANNUO COMPLESSIVO			

**SEZIONE IX
CONDIZIONI SPECIALI**

Formazione

La Società rimborsa, fino alla concorrenza di € 2.000,00 per annualità di polizza e per l'intera durata contrattuale, le spese per interventi di formazione e/o consulenza volti all'analisi dei rischi in ambito di coperture sanitarie, le modalità operative di gestione e di contenimento dei sinistri, gli strumenti di governance e le best practices di settore. Il progetto è rivolto a tutti gli

uffici dell'Ente preposti alla gestione delle coperture assicurative e al processo di gestione dei sinistri. L'attività, svolta per il tramite di soggetti qualificati appositamente incaricati dal Contraente, deve concludersi entro la data di scadenza della presente polizza (esclusi rinnovi, proroghe). Il rimborso viene eseguito dalla Società in favore del Contraente, se richiesto viene eseguito direttamente dalla Società a favore del Soggetto incaricato per l'attività in oggetto.

Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

Data

La Società