

Lotto 7
Capitolato Polizza RIMBORSO SPESE MEDICHE E ASSISTENZA
PER IL PERSONALE IN MISSIONE – CIG 7096144347

La presente polizza è stipulata tra

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

e

Durata del contratto:

Dalle ore 24.00 del:	.../.../2017
Alle ore 24.00 del:	.../.../ 2020

Rateazione: annuale

DEFINIZIONI

Nel testo che segue, si intendono:

Anno assicurativo periodo assicurativo: Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;

Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente la Società indica al contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero le seguenti tipologie di personale inviato in missione per conto del Contraente:

1) Personale dipendente, o ad esso equiparato;

2) Personale per il quale sussista in capo all'Assicurato l'obbligo di assicurazione INAIL (ad esempio i c.d. "collaboratori coordinati e continuativi");

3) Personale esterno affiliato alla Fondazione IIT, autorizzato a svolgere attività di ricerca scientifica, professionale o di studio in collaborazione con 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.).

4) 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.).

Broker: l'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidato l'incarico di Brokeraggio.

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Centrale Operativa: la struttura della Società costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza 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: Fondazione Istituto Italiano di Tecnologia (IIT).

Day hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russia.

Eestero: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

Franchigia: importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro

Società: la Società assicuratrice

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'inabilità 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: ogni 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 somma fino a concorrenza della quale la Società risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;

Mondo: tutti i paesi del mondo;

Nucleo Familiare: Il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

Premio definitivo: L'ammontare del premio di polizza dovuto dal contraente alla Società in base al numero dei nominativi in concreto comunicati

Premio minimo: L'ammontare del premio di polizza dovuto in ogni caso dal contraente alla Impresa, a prescindere dal numero di assicurati comunicati

Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura ovvero il day hospital

Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;

Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Viaggio: lo spostamento e/o soggiorno dell'Assicurato come sotto specificato:

- Viaggio di lavoro: lo spostamento dell'Assicurato per motivi di lavoro per conto e in relazione agli affari della Contraente, dal comune della sua residenza o dalla sede del Contraente con designazione Italia o Estero.

Per gli iscritti all'AIRE si intende la permanenza nello stato estero di residenza per lo svolgimento della propria attività lavorativa per conto e in relazione agli affari del Contraente, nonché lo spostamento verso un altro paese in relazione agli affari del Contraente.

Ai fini della presente copertura, il viaggio di lavoro si intende concluso al rientro dell'Assicurato al luogo di partenza.

- Viaggio di piacere: la permanenza dell'Assicurato (fatta eccezione per gli iscritti AIRE), nei giorni immediatamente precedenti o successivi al viaggio di lavoro nel medesimo Stato della missione lavorativa, senza rientro alla residenza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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

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 polizza opererà indipendentemente dall'esistenza di altre polizze in essere.

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Il presente contratto, con durata complessiva di 36 mesi, decorre dalle ore 24 del .../.../2017 fino alle ore 24 del .../.../2020 (scadenza anniversaria .../... di ogni anno).

L'assicurazione non è soggetta a tacito rinnovo, pertanto alla sua naturale scadenza sarà priva di effetto.

Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

E' comunque facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 15 giorni antecedenti la scadenza, il recesso, la cessazione per recesso dovuto a sinistro ed in ottemperanza alle vigenti norme di Legge nonché in caso di risoluzione anticipata del contratto per grave inadempimento, richiedere alla Società di prorogare temporaneamente la presente assicurazione, al fine di espletare o completare le procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo necessario al completamento della procedura avviata dal Contraente per l'individuazione della nuova Società e comunque fino ad un massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza contrattuale, fatto salvo diverso accordo tra le parti.

Art. 4 - Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al .../.../2017 e al .../... di ogni scadenza anniversaria.

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 (.../.../2017), 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.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto 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 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.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione dei seguenti elementi variabili contemplati in polizza:

- Il Nr. consuntivo di giornate annue di missione relativamente alla Partita 1;
- Il Nr. consuntivo di giornate annue di missione relativamente alla Partita 2;
- Il Nr. consuntivo di giornate annue di missione relativamente alla Partita 3.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei sessanta giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società, della relativa appendice di regolazione emessa dalla stessa e sottoscritta dalla Contraente.

Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso che entro il termine sopra indicato il Contraente non abbia inoltrato

alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più 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

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

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

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

Il successivo art. 5 deve ritenersi efficace solo se l'Aggiudicatario ha offerto l'opzione migliorativa di cui all'art.6 – Recesso della Società

(Art. 5 - Revisione del prezzo)

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n° 50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50% del premio originario. A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a far data dall'accordo stesso; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio".)

Art. 6- Recesso della Società (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 90 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 90 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

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. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

La Società, inoltre, 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.

In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

(Art. 6- Recesso della Società (Opzione migliorativa))

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 90 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, 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 dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 90 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR ovvero a mezzo PEC (posta elettronica certificata).

In tutte le suddette ipotesi di recesso 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. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

La Società, inoltre, 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. 7 - Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti. 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), PEC od altro mezzo certo (telefax o simili) indirizzata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, o 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 (Opzione base)

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.

In alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

(Art. 11 - Interpretazione del contratto (Opzione migliorativa)

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.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.)

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti, contratti, ecc... L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benessere dell'Assicurato

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 (Opzione base)

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, 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 alternativa, qualora offerto dall'Aggiudicatario

(Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio (Opzione migliorativa)

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, 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 ovvero a mezzo PEC (posta elettronica certificata) 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 dell'uno per mille ridotta del 50% a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo maturato nell'inadempimento rispetto ai termini indicati al primo comma del presente articolo e fino al completo e definitivo adempimento degli obblighi assunti dalla Società stessa.).

Art. 15 - 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.16 - Clausola Broker

La gestione e l'esecuzione della presente assicurazione è affidata al Broker ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso, fermo restando che il Broker è tenuto ad inoltrare a ciascuna della Parti le comunicazioni ricevute si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

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 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n. 136/2010 e s.m.i.

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. 20 – Trattamento dei dati

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

Art. 21 – Rivalsa

Ai sensi dell'art.1916 l'eventuale rivalsa nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dalla Società per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.

Art. 22 – Clausole vessatorie

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, la Società dichiara di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale:

Art. 3 – Durata e proroga del contratto

Art. 5 – Revisione del prezzo (se offerto art. 6 – Recesso della Società Opzione Migliorativa)

Art. 6 – Recesso della Società (Opzione Migliorativa)

Art. 10 – Foro Competente

Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Base)

Art. 11 – Interpretazione del contratto (Opzione Migliorativa)

Art. 21 – Diritto di rivalsa

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

PARTITE ASSICURATE		GARANZIE PRESATATE	SOMME ASSICURATE
1.	Viaggi e trasferte in tutto il Mondo, escluso USA e Canada	Rimborso spese mediche	RSM € 100.000,00 per assicurato e per anno
		Assistenza	vedi Sezione 2
2.	Viaggi e trasferte in USA e Canada	Rimborso spese mediche	RSM € 250.000,00 per assicurato e per anno
		Assistenza	vedi Sezione 2
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.	Rimborso spese mediche	RSM € 50.000,00 per assicurato e per anno
		Assistenza	vedi Sezione 2

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato, indicati nell'Art.2 Sez.1 della polizza, 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 € 200,00 per Assicurato;
- spese di trasporto inerenti il primo soccorso, fino al massimo di € 1.500,00.
- Nel caso di trasferta in Nord America (USA e/o Canada) spese di trasporto inerenti il primo soccorso, fino al massimo di € _____,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 salvo il caso di comprovata impossibilità, in tal caso l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa appena ne avrà la possibilità.

Le spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di € 500,00, purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro.

ART. 2 – MASSIMALE

In caso di ricovero in Istituto di Cura o in luogo attrezzato per il Pronto Soccorso, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital, la Società terrà a proprio carico le spese mediche e farmaceutiche fino alla concorrenza di:

- Euro 100.000,00 (centomila) per Assicurato e per anno assicurativo, relativamente alla **Partita 1**;
- Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila) per Assicurato e per anno assicurativo, relativamente alla **Partita 2**;
- Euro 50.000,00 (cinquantamila) per Assicurato e per anno assicurativo, relativamente alla **Partita 3**.

Per le spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital, la Società terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza di € 2.500,00 per Assicurato e per anno assicurativo per la Partita 1 e di € 2.000,00 per la Partita 3.

Per la Partita 2, per le spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital, la Società terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza di € 3.500,00 per singolo Assicurato e per anno assicurativo.

ART. 3 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 50,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

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, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 50,00.

Relativamente alla **Partita 2**: la franchigia di € 50,00 non sarà applicata alle sole spese imputabili al ricovero ospedaliero.

ART. 4 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA SPESE MEDICHE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure fisioterapiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

ART. 5 – DICHIARAZIONI DI COPERTURA PER USA E CANADA

Relativamente agli Assicurati della **Partita 2 in viaggio in USA e Canada**, la Società si impegna a rilasciare dichiarazioni di copertura redatte in doppia lingua, italiano e inglese, qualora richiesto dalla Contraente nei seguenti termini:

- Medical benefits of at least \$100,000 per 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 per 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-1" 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 visitor's home country.

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

ART. 6 – CLAUSOLA DI PASSAGGIO

Premesso che per ogni Partita di questa polizza –precedentemente al suo effetto– erano vigenti specifiche polizze la cui efficacia si conclude alle ore 24 del 31.07.2017, si conviene che con decorrenza dalle ore 24 del 31.07.2017 la Società terrà in copertura tutti gli Assicurati già in viaggi/missioni iniziati antecedentemente al 31.07.2017 e tenuti in copertura sino a tale data dall'assicuratore precedente.

A tal fine il Broker, unitamente alla richiesta di emissione polizza e ordine di copertura, invierà alla Società l'elenco degli Assicurati i cui viaggi/missioni sono iniziati prima delle ore 24 del 31.07.2017 e si concluderanno successivamente a tale data.

ART. 7 – ESTENSIONE SOCIETÀ' CONTROLLATE/CONSOCIATE

Le coperture oggetto del presente contratto si intendono estese a quelle Società controllate/consociate del Contraente la cui ragione sociale risulterà riportata in polizza.

ART. 8 – ESTENSIONE AGLI ASSICURATI RESIDENTI EXTRA U.E. E NON A.I.R.E.

Le coperture oggetto del presente contratto si intendono estese anche agli Assicurati della Contraente, residenti in un paese non appartenente all'Unione Europea e non iscritti all'AIRE.

Pertanto anche le prestazioni di assistenza "Rientro sanitario", "Rientro viaggiatore convalescente", "Rientro anticipato", "Trasporto salma" si intendono prestate verso tutti i paesi del Mondo.

ART. 9 – ESTENSIONE AI LAVORATORI NON DIPENDENTI DEL CONTRAENTE ED ASSIMILATI

Le coperture oggetto del presente contratto si intendono estese anche agli Assicurati che ricoprono il ruolo di consulenti, amministratori, stagisti/tirocinanti, lavoratori in somministrazione, distaccati, lavoratori con contratti di collaborazione, personale esterno affiliato o partecipanti a convegni/congressi organizzati dal Contraente, ovunque residenti.

Pertanto anche le prestazioni di assistenza "Rientro sanitario", "Rientro viaggiatore convalescente", "Rientro anticipato", "Trasporto salma" si intendono prestate verso tutti i paesi del Mondo.

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

ART. 1 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.

ART. 2 - 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 la prima emergenza sanitaria.

ART. 3 - INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA

Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Società tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce 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 organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto

soccorso.

ART. 4 - SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO

Quando successivamente ad una consulenza medica (come da art.5) emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

ART. 5 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

ART. 6 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/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 d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono 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.

ART. 7 - TRASPORTO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e la Società prenderà 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.

ART. 8 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

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.

ART. 9 - ASSISTENZA AI MINORI

Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio.

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

ART. 10 - RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla 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.

ART. 11 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un 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 a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

ART. 12 - INVIO URGENTE DI MEDICINALI 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.

ART. 13 - INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziaria 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.

ART. 14 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese imprevedute conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 8.000,00 a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

ART. 15 - RIENTRO ANTICIPATO

La Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, o convivente more uxorio, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, cognato.

ART. 16 - SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE

La Società prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00 per sinistro.

ART. 17 - 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.

ART. 18 - SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO

In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso sono garantite fino ad un importo di € 1.500,00 per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

ART. 19 - 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 dalle 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. 20 – CIRCOSTANZE ECCEZIONALI

La Società e la Centrale Operativa di Assistenza non possono essere ritenute responsabili degli eventuali ritardi nell'effettuare le prestazioni oggetto di garanzia qualora i ritardi siano dovuti a scioperi, disordini, di qualsiasi atto di sabotaggio o terrorismo, guerra civile o con altre nazioni, emissione di calore o di radiazioni provocate dalla fissione dell'atomo, radioattività o altri incidenti o calamità naturali.

Tutti gli interventi della Centrale operativa di Assistenza saranno compiuti in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali e saranno condizionati al rilascio delle necessarie autorizzazioni da parte delle autorità competenti.

ART. 21 - RIMBORSO SPESE PER SITUAZIONI DI CRISI

In caso di scoppio di una improvvisa situazione di crisi durante il viaggio di lavoro, nel paese ospitante il viaggio stesso, che causi interruzione del viaggio o modifica del viaggio successiva alla partenza, la Società rimborserà gli eventuali maggiori costi di trasporto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per il rientro nel paese di residenza (o in Italia nel caso di iscritti all'AIRE) o per il proseguimento del viaggio se non viene effettuato il ritorno nel paese di residenza (o in Italia nel caso di iscritti all'AIRE), fino ad un importo complessivo massimo di € 20.000,00 per tutte le persone assicurate dal Contraente e per periodo assicurativo.

ART. 22 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, la Società non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

La Società non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate, fatto salvo il caso di comprovata impossibilità di effettuare la denuncia.

Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

ART. 1 – ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

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

- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla sottoscrizione/adesione della polizza. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti al viaggio;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;

- pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore,
- atletica pesante; Si ritiene compreso l'esercizio delle seguenti attività sportive se svolte unicamente a carattere ricreativo: immersioni con autorespiratore, sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni. A deroga della presente esclusione si intendono assicurate le gare sportive svolte a livello ludico e o ricreativo;
- gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti; se non di carattere ludico o in alternativa svolte sotto legida delle federazioni;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

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

Sono escluse altresì dalla copertura assicurativa le persone che non risultino comunicate dal Contraente alla Società.

ART. 2 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, La Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

ART. 3 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

Per gli Assicurati, le garanzie indicate nella scheda di polizza hanno validità esclusivamente durante ogni singolo viaggio/missione, decorrono dalla data di inizio del viaggio e terminano al termine del viaggio.

Tutte le garanzie sono valide per un numero illimitato di viaggi durante l'anno.

Art. 4 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione. Prima della stipula del contratto, verrà concordato con l'Assicuratore l'elenco dei Paesi dove le garanzie di polizza non potranno essere valide.

Il Contraente ha la facoltà di non sottoscrivere la polizza nel caso in cui l'elenco dei Paesi esclusi non sia accettato dallo stesso.

ART. 5 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

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

La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

ART. 6 - CONTROVERSIE

La quantificazione del danno sarà effettuata dalla Società mediante accordo diretto fra 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. 7 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente si impegna a comunicare, mediante apposito strumento informatico messo a disposizione della Società tutti i suoi dipendenti/collaboratori da ritenere in copertura.

Prima dell'emissione della polizza la Compagnia si impegna a concordare con la Contraente ed il Broker le modalità, tempistiche e scadenze per effettuare le comunicazioni degli Assicurati per le varie Partite.

La Società emetterà alla fine di ogni anno assicurativo apposita Appendice di Regolazione per la differenza tra l'ammontare del premio Definitivo ed il premio minimo già versato.

ART. 8 – CALCOLO DEL PREMIO

Il premio di polizza è calcolato applicando le tassazioni pro mille (comprehensive di imposte e di ogni altro onere ed accessorio) ai seguenti parametri preventivi delle 3 Partite:

PARTITE	PARAMETRI PREVENTIVI	TASSI	PREMI LORDI
N.1: Viaggi e trasferte in tutto il Mondo escluso USA e Canada	Nr. preventivo giornate annue di missione: 4.500	€ _____ x giornata	€ _____
N.2: Viaggi e trasferte in USA e Canada	Nr. preventivo giornate annue di missione: 4.500	€ _____ x giornata	€ _____
N.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.	Nr. annuo di giornate di presenza in Italia: 250	€ _____ x giornata	€ _____
PREMIO ANNUO COMPLESSIVO			€ _____

Art.9 – LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Si conviene che per le singole garanzie sotto riportate, siano applicati i relativi sottolimiti per sinistro e le eventuali franchigie e scoperti.

Limiti di indennizzo	
Spese di trasporto inerenti il primo soccorso (Art. 1 Sez.1)	€ 1.500,00
Spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio, (Art. 1 sez.1)	€ 500,00
Spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital (Art.2 Sez. 1)	€ 2.500,00 per Partita 1 € 3.500,00 per Partita 2 ed € 2.000,00 per Partita 3
Spese di soccorso ricerca e recupero (Art. 18 Sez. 2)	In caso di infortunio o malattia: € 1.500,00 per persona

Scoperti e Franchigie	
Spese mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e spese farmaceutiche sostenute non a seguito di ricovero, accesso al Pronto Soccorso o Day Hospital (Art.2 Sez.1)	€ 50,00
Per sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa (Art. 3). Relativamente alla Partita 2: la franchigia di € 50,00 non sarà applicata alle sole spese imputabili al ricovero ospedaliero.	Scoperto 25% minimo € 50,00

Contratto sottoscritto digitalmente tra le parti

LA SOCIETA'

IL CONTRAENTE