

**CAPITOLATO PER L'ASSICURAZIONE**  
**TRAVEL – MOBILITA' INTERNAZIONALE PER ERASMUS MUNDUS**

La presente Polizza è stipulata tra

<b>ALMA MATER STUDIORUM</b>
<b>UNIVERSITA' DI BOLOGNA</b>
<b>VIA ZAMBONI, 33</b>
<b>40126 BOLOGNA</b>
<b>C.F. 80007010376</b>
<b>CIG.....</b>

e

<b>Società Assicuratrice</b>
<b>Agenzia di</b>

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31.10.2019
Alle ore 24.00 del:	31.10.2024

Con scadenze dei periodi di assicurazione  
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31.10
------------------------	-------

## **CAPO 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'**

- Art.1 Definizioni  
Art.2 Persone assicurabili

## **CAPO 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

- Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio  
Art.2 Durata del contratto  
Art.3 Modalità di disdetta / recesso per sinistro  
Art.4 Pagamento del premio  
Art.5 Modifiche dell'assicurazione  
Art.6 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società  
Art.7 Oneri fiscali  
Art.8 Foro competente  
Art.9 Interpretazione del contratto  
Art.10 Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio  
Art.11 Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese (operante se del caso)  
Art.12 Coassicurazione e delega (operante se del caso)  
Art.13 Clausola Broker  
Art.14 Rinvio alle norme di legge  
Art.15 Validità del contratto  
Art.16 Validità delle norme dattiloscritte  
Art.17 Tracciabilità flussi finanziari  
Art.18 Tutela della privacy

## **CAPO 3 RISCHI COPERTI**

- Art.1 Oggetto dell'assicurazione  
Art.2 Garanzie e prestazioni  
*Sezione 1: Morte da infortunio*  
*Sezione 2: Invalidità permanente da infortunio*  
*Sezione 3: Costi delle cure in seguito a infortunio o malattia*  
*Sezione 4: Costi per cure dentistiche urgenti*  
*Sezione 5: Assistenza alla persona*  
*Sezione 6: Documenti di viaggio*  
*Sezione 7: Responsabilità civile nella vita privata*  
*Sezione 8: Assistenza legale*  
Art.3 Infortuni  
Art.4 Attività sportive  
Art.5 Esclusioni generali  
Art.6 Esclusioni relative alle Sezioni  
Art.7 Servizio militare  
Art.8 Esclusioni relative alle attività sportive  
Art.9 Altre assicurazioni  
Art.10 Cumulo di indennizzo  
Art.11 Perdita del diritto all'indennizzo  
Art.12 Limiti territoriali  
Art.13 Persone non assicurabili – Limite di età

## **CAPO 4 NORME COMUNI PER TUTTE LE SEZIONI (DI CUI AL CAPO PRECEDENTE)**

- Art.1 Comunicazione degli Assicurati da parte del Contraente  
Art.2 Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni  
Art.3 Gestione dell'assicurazione  
Art.4 Obbligo di consegna all'Assicurato delle Condizioni di Assicurazione  
Art.5 Notifica del rischio  
Art.6 Variazione del rischio

Art.7	Controversie
Art.8	Rinuncia alla rivalsa
Art.9	Lingua della polizza
Art.10	Cessione dei diritti

**CAPO 5 GESTIONE DEI SINISTRI**

Art.1	Procedura da seguire in caso di sinistro
Art.2	Prova
Art.3	Liquidazione del sinistro

**CAPO 6 SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO**

Art.1	Somme assicurate
All. A	Tabella INAIL per la liquidazione dell'indennità di invalidità permanente
	Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva
Art. 2	Sezione economica

## CAPO 1 DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

### Art.1 Definizioni

Nel testo che segue le espressioni, elencate in ordine alfabetico, avranno il significato di seguito indicato:

<b>Assicurato:</b>	la persona fisica che si reca all'estero per partecipare ad attività di mobilità internazionale connesse ai progetti finanziati dalla Commissione Europea a cui partecipa, come Coordinatore o come partner l'Università di Bologna, ed il cui nome è presente nel database degli assicurati/beneficiari delle prestazioni.
<b>Assicurazione:</b>	il contratto di assicurazione
<b>Assistenza:</b>	l'aiuto tempestivo, erogato, fornito all'Assicurato che si trova in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro.
<b>Beneficiario:</b>	la persona designata nelle presenti condizioni e autorizzata dalla Società a ricevere il risarcimento dei danni dovuti per un infortunio garantito.
<b>Broker:</b>	Aon S.p.A. quale Società incaricate dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciute dalla Società.
<b>Causa di forza maggiore:</b>	qualsiasi energia esterna straordinaria ed imprevedibile ovvero qualunque accadimento oggettivamente ostante, che impedisce all'Assicurato il rispetto degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro.
<b>Centrale operativa:</b>	la struttura, costituita da medici, tecnici e operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza.
<b>Certificato di assicurazione o Certificato:</b>	il documento rilasciato dall'assicuratore che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione e da cui risultano almeno i dati anagrafici del soggetto assicurato compresa la data di nascita ed il Paese di residenza, il nome del programma a cui prende parte, le date di inizio e termine di copertura, le garanzie prestate ed i relativi massimali.
<b>Coniuge:</b>	qualsiasi persona fisica coniugata con l'Assicurato e da questi designata come coniuge o che viva con tale persona da almeno 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della presente polizza.
<b>Contraente:</b>	il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'assicurazione con l'assicuratore e che si obbliga a pagare il premio. I dati identificativi del Contraente sono riportati nel frontespizio della presente polizza.
<b>Cose:</b>	sia gli oggetti materiali sia gli animali.
<b>Data di effetto della copertura per l'Assicurato:</b>	le ore 00:00 del giorno indicato dal Contraente alla Società per mezzo dell'apposita piattaforma informatica, momento a partire dal quale l'Assicurato è in copertura.
<b>Data di effetto della polizza collettiva:</b>	la data di effetto della polizza collettiva stipulata dal Contraente.
<b>Erasmus +:</b>	Il programma Erasmus+ dell'Unione Europea gestito dalla Commissione Europea.
<b>Evento:</b>	l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.
<b>Familiare:</b>	ai sensi della presente polizza si intende il coniuge, i figli, il padre, la madre, i fratelli, le sorelle, i nonni, i nipoti dell'Assicurato, nonché quanti altri con lui conviventi, purché risultanti da regolare certificazione.
<b>Frattura:</b>	una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, con o senza spostamento.
<b>Franchigia:</b>	la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

<b>Furto:</b>	reato commesso da chi si impossessa della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri così come disciplinato dagli articoli 624 e 624 bis Codice Penale.
<b>Indennità o Indennizzo:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro indennizzabile.
<b>Infortunio:</b>	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
<b>Invalità permanente:</b>	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
<b>Istituto di cura:</b>	ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
<b>Malattia:</b>	alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio, ovvero ai fini del presente contratto, la malattia è definita come qualsiasi deterioramento involontario della salute che può essere accertato da personale medico professionista.
<b>Malattia improvvisa:</b>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.
<b>Malattia preesistente:</b>	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza della polizza non note all'Assicurato prima della stipula della polizza.
<b>Malattia pregressa:</b>	malattia preesistente e nota all'Assicurato antecedentemente alla stipula della polizza.
<b>Medicinali:</b>	medicinali che si ottengono soltanto dietro presentazione di ricetta rilasciata da un medico.
<b>Massimale</b>	la somma massima, stabilita in polizza, fino alla concorrenza della quale la Società si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.
<b>Mondo:</b>	tutti i Paesi del mondo.
<b>Ospedale:</b>	è considerato un ospedale pubblico o privato, qualsiasi istituto che ottemperi alle condizioni legali stabilite dalla legislazione del Paese in cui è ubicato e che: <ul style="list-style-type: none"> <li>• riceve e assiste i malati o gli infortunati che vi sono ricoverati;</li> <li>• consente il ricovero di malati o infortunati soltanto sotto la supervisione di uno o più medici alle proprie dipendenze e vincolati dall'obbligo di reperibilità;</li> <li>• mantiene l'adeguata attrezzatura medica in buone condizioni di funzionamento per formulare le diagnosi e curare le malattie o le lesioni e che, ove necessario, può realizzare interventi chirurgici all'interno della propria struttura o, sotto il suo controllo, presso altro istituto;</li> <li>• fornisce cure grazie o sotto il controllo di personale infermieristico.</li> </ul>
<b>Polizza:</b>	il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente. In esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.
<b>Polizza Collettiva:</b>	il documento che prova l'Assicurazione stipulata, ai sensi dell'art. 1891 c.c., da un Contraente per conto e nell'interesse di un gruppo di Assicurati.
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte della stipula dell'assicurazione.

<b>Programmi di mobilità internazionale (Programma)</b>	tutti i programmi che prevedono la mobilità internazionale di studenti o staff per motivi di studio, ricerca, tirocinio, docenza o formazione lavorativa, ad esempio "Erasmus Mundus", "Erasmus +" ed altri.
<b>Paese estero o Estero:</b>	qualsiasi Paese ad eccezione del Paese in cui l'Assicurato risiede abitualmente.
<b>Periodo di Copertura o Copertura:</b>	periodo durante il quale il contratto è efficace e le garanzie operanti, a condizione che sia stato pagato il premio; tale periodo dovrà essere compreso tra la data di effetto e scadenza riportati sul Certificato.
<b>Piattaforma informatica:</b>	interfaccia web, messa a disposizione del Contraente e del Broker da parte della Società, che consente di effettuare le seguenti operazioni: - emissione, modifica ed eventuale cancellazione dei Certificati assicurativi; - invio tramite email della documentazione di polizza agli Assicurati: estratto delle Condizioni di Assicurazione e Certificato di assicurazione; - database completo degli Assicurati; - reporting, al fine di estrarre dal database il numero di soggetti assicurati, le durate delle relative coperture assicurative ed i relativi premi in euro; - emissioni delle appendici contabili di regolazione del premio; - comunicazione a mezzo email riguardante i Certificati di Assicurazione "in scadenza" e che dovranno essere rinnovati sulla base dell'intero periodo di mobilità del singolo Assicurato, così come indicato all'interno della piattaforma stessa.
<b>Prestazioni assicurate:</b>	le prestazioni, in termini di indennizzi e servizi, garantite dalla Società in caso di sinistro.
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.
<b>Residenza:</b>	il luogo, dove l'Assicurato ha la propria dimora abituale, come risultante da certificazione anagrafica documentabile.
<b>Ricovero:</b>	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento assicurato.
<b>Società:</b>	l'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
<b>Scoperto:</b>	la parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
<b>Staff:</b>	persona fisica affiliata ad un ente di formazione superiore (es. Università) con incarico di lavoro legato a mansioni accademiche o tecnico e amministrative.
<b>Studente:</b>	la persona fisica che si reca all'estero per partecipare ad attività di mobilità internazionale connesse ai progetti finanziati dalla Commissione Europea a cui partecipa, come Coordinatore o come partner l'Università di Bologna, ed il cui nome è presente nel database degli assicurati/beneficiari delle prestazioni.
<b>Terzo:</b>	qualsiasi altra persona che non sia l'Assicurato.
<b>Viaggio:</b>	il tragitto tra il luogo di residenza e il luogo all'estero in cui l'Assicurato risiederà ai fini di studio, formazione o scambio nonché il relativo soggiorno in tale luogo.

## Art.2 - Persone assicurabili

E' assicurabile esclusivamente la persona fisica:

- che si reca all'estero per partecipare alle attività connesse al Programma Erasmus + o ad altri progetti di mobilità internazionale
- il cui nome è presente nel database degli Assicurati/beneficiari delle prestazioni, comunicato dal Contraente alla Società tramite la piattaforma informatica o, in caso di temporaneo malfunzionamento della stessa, attraverso comunicazione scritta da inviarsi all'assicuratore riportante le date di effetto e di scadenza e tutte le informazioni necessarie che diversamente sarebbero state inserite in piattaforma a fini dell'operatività delle garanzie di cui al presente contratto.

## **CAPO 2      NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

### **Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio con effetto immediato rispetto alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dall'art. 1897 C.C.. La Società corrisponderà, al netto dell'imposta, la quota di premio pagata e non consumata, a scelta del Contraente, immediatamente oppure in occasione della scadenza dell'annualità di premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente di circostanze aggravanti il rischio così pure le inesatte od incomplete dichiarazioni rese all'atto della stipulazione dell'assicurazione o durante il corso della stessa, non comporteranno decadenza dal diritto di indennizzo, né riduzione dello stesso sempre che tali omissioni od inesattezze siano avvenute senza dolo.

La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui le circostanze si sono verificate.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito in precedenza i soggetti assicurati con la presente polizza di assicurazione.

### **Art.2 - Durata del contratto**

#### **a) per la Polizza Collettiva**

La presente Assicurazione ha durata indicata nel frontespizio e cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta.

Ai sensi dell'art. 35 del D.lgs 50/2016 ss.mm. e ii., l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata di anni 3, da esercitarsi anche di anno in anno, previa adozione di apposito atto e previa accettazione da parte della Società.

E' facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente Polizza di Assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo di sei mesi. La Società s'impegna a prorogare la Polizza di Assicurazione, per il periodo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'inizio della proroga.

E' comunque nella facoltà delle Parti di disdettare la presente Polizza di Assicurazione al termine di ogni annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 6 (sei) mesi prima della scadenza annuale.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni CONSIP o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13 del DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), 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.

#### **b) per ogni Assicurato**

La copertura per ogni singolo Assicurato decorre e cessa nelle date indicate dal Contraente alla Società per mezzo dell'apposita piattaforma informatica o in caso di necessità (Art.2 pt 2 del Capo I) con comunicazione scritta (o, in via anticipata, a fronte del ritorno dell'Assicurato al suo luogo di residenza).

La decorrenza dell'assicurazione può essere anticipata massimo di 60 giorni rispetto alla data d'inizio dei corsi qualora l'Assicurato giunga in anticipo a destinazione nel Paese, all'estero, in cui si svolgeranno le attività didattiche oggetto del programma.

La cessazione della copertura può essere invece posticipata di massimo 60 (sessanta) giorni rispetto alla data inizialmente prevista, qualora l'Assicurato permanga all'estero più a lungo.

L'Assicurato non sarà più coperto dalla presente polizza qualora non sia più in grado di partecipare al programma.

Per gli Assicurati la cui copertura assicurativa abbia decorrenza nel periodo di validità della polizza collettiva ma cessi successivamente alla scadenza della polizza collettiva stessa, la Società garantisce comunque l'assicurazione per tali soggetti fino alla naturale data di scadenza indicata nella piattaforma informatica per ogni singolo Assicurato ma per un massimo di 12 (dodici) mesi dalla data di scadenza della polizza collettiva.

### **Art.3 - Modalità di disdetta/Recesso per sinistro**

Il contratto potrà essere risolto dalla Società a mezzo raccomandata A.R./PEC.

- a) in caso di occultamento o comunicazione scorretta, anche non intenzionali, dei dati relativi al rischio;
- b) in caso di cambiamento significativo e definitivo del rischio (art. 5 e 6 del capo IV) in seguito a qualsiasi sinistro denunciato, coperto o meno dal contratto, almeno 30 (trenta) giorni dal pagamento dell'indennizzo o dal rifiuto da parte della Società di indennizzare;
- c) in caso l'Assicurato o il beneficiario non abbiano adempiuto ad uno qualsiasi degli obblighi conseguenti alla denuncia di un sinistro al fine di fuorviare la Società.

La risoluzione avrà effetto, subordinatamente alle eccezioni definite dalla legge ed esclusivamente nei casi definiti ai precedenti punti a), b) e c), dalle 24:00 del trentesimo giorno successivo alla data di avvenuta ricezione della disdetta.

Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Il Contraente e la Società avranno comunque ed in ogni caso la facoltà di risolvere il contratto assicurativo anno dopo anno a mezzo raccomandata A/R entro 60 (sessanta) giorni prima di ogni data di ricorrenza anniversaria della polizza collettiva, ossia 60 (sessanta) giorni prima di ogni 31 Ottobre.

### **Art.4 - Pagamento del premio**

Al Contraente, che stipula la Polizza Collettiva ai sensi e per gli effetti dell'art. 1891 c.c. per conto e nell'interesse dell'Assicurato, rimane l'onere di pagare il premio.

Il premio è determinato sempre per periodi d'assicurazione di 365 giorni, salvo per i contratti di durata minore, ed è esigibile integralmente, anche laddove sia stata concessa la ripartizione in due o più rate. Il premio è esigibile integralmente su base mensile (periodo di 30 giorni) anche laddove l'Assicurato abbia goduto di un periodo di copertura inferiore ai 30 (trenta) giorni.

La copertura è inizialmente fornita a tutti gli Assicurati inseriti dal Contraente nella piattaforma informatica alla data d'entrata in vigore della polizza e così ad ogni data di ricorrenza della stessa.

Durante l'anno, il Contraente sarà tenuto a comunicare qualsiasi inserimento/esclusione di copertura sempre mediante piattaforma informatica (o in caso di necessità con comunicazione scritta).

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

Durante ciascuna annualità assicurativa, entro 10 (dieci) giorni dal termine di ogni trimestre la Società emette regolare documento, che sarà comunicato contestualmente al broker ed al contraente, per l'incasso del premio per le coperture assicurative del trimestre di competenza, al netto di eventuali cancellazioni. Queste ultime, se effettuate successivamente al periodo di competenza, potranno essere conteggiate con apposito documento emesso il trimestre successivo a quello in cui la cancellazione è stata effettuata.

Il pagamento per le evidenze contenute in detti documenti dovrà essere effettuato entro 60 (sessanta) giorni della ricezione degli stessi da parte dei destinatari di cui sopra.

Il Contraente è tenuto a pagare, alle rispettive scadenze e per l'intera durata del contratto, i premi comprensivi delle addizionali stabiliti dalla polizza medesima.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, l'assicurazione sarà sospesa e rientrerà in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le date di scadenza stabilite contrattualmente.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi al pagamento del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo in cui l'assicurazione è sospesa.

I premi devono essere pagati alla Società o all'Agenzia a cui fa capo la gestione della Polizza per il tramite del Broker incaricato della gestione della Polizza di Assicurazione.

I termini di pagamento sopra indicati sono pattuiti in conformità alla previsione dell'art.1 c.4 del D.Lgs.192/2012.

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

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40 e della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008, 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 DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. 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 di tutti i 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. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Il contraente in fase di liquidazione del premio, ai sensi dell'art. 30 comma 5 bis) del D.Lgs 56/2017, opererà una ritenuta sull'importo netto del premio pari allo 0,50 per cento. Tale ritenuta potrà essere svincolata soltanto alla scadenza della polizza assicurativa, previa verifica di conformità delle prestazioni e rilascio del documento unico di regolarità contributiva.

#### **Art.5 - Modifiche dell'assicurazione**

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

#### **Art.6 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato sono tenuti o qualsiasi modifica alla Polizza collettiva sono valide solo se fatte per iscritto.

Il Contraente s'impegna a notificare senza indugio alla Società qualsiasi cambio d'indirizzo. Diversamente, qualsiasi notifica o messaggio da inviare al Contraente sarà inviato all'ultimo indirizzo noto alla Società.

Il Contraente è tenuto a dare comunicazioni, anche per conto dell'Assicurato alla Direzione Generale ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

#### **Art.7 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente

#### **Art.8 - Foro competente**

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

#### **Art.9 - Interpretazione del contratto**

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

#### **Art.10 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio**

La Società, entro 90 giorni dalle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data evento, data denuncia);
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti o senza seguito.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate, entro 90 giorni dalla richiesta del Contraente.

**Art. 11 - Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese (operante se ricorre il caso)**

Il servizio assicurativo della presente Polizza di Assicurazione viene svolto in "Associazione Temporanea di Imprese (A.T.I.)"; l'Assicurazione è pertanto ripartita tra le Società (Società Mandataria e Società Mandanti) indicati in Polizza, ciascuna secondo le rispettive quote (%) di partecipazione alla "Associazione Temporanea di Imprese". Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie Assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società Mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società Mandataria per conto comune.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti alla Polizza di Assicurazione, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Società Mandataria in nome e per conto di tutte le Società Mandanti, (fatta soltanto eccezione per l'incasso e/o rimborso dei premi della Polizza di Assicurazione il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società).

Tutti i rapporti inerenti la presente Polizza di Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker incaricato, il quale tratterà con Società Mandataria

**Art. 12 - Coassicurazione e Delega (operante se ricorre il caso)**

Il servizio assicurativo della presente Polizza di Assicurazione viene svolto in Coassicurazione; l'Assicurazione è pertanto ripartita tra gli Assicuratori (Società Delegataria e Società Coassicuratrici) indicati in Polizza, ciascuno secondo le rispettive quote (%) di partecipazione alla Coassicurazione.

Le Società Coassicuratrici, con la sottoscrizione della presente Polizza di Assicurazione, danno mandato alla Società Delegataria – designata nel frontespizio - a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni atto di gestione della Polizza di Assicurazione (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, Somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della presente Polizza di Assicurazione.

La Società Delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dalla presente Polizza di Assicurazione, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato ripartito.

La Società Delegataria, pertanto ed in ogni caso - in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. - e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, è espressamente obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato e/o all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'Indennizzo, senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Società Coassicuratrici

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti alla Polizza di Assicurazione, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici, (fatta soltanto eccezione per l'incasso e/o rimborso dei premi della Polizza di Assicurazione il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società).

Tutti i rapporti inerenti la presente Polizza di Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker incaricato, il quale tratterà con Società Delegataria.

**Art.13 - Clausola Broker**

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza alla Società Aon S.p.A. in qualità di Broker, ai sensi del Dlgs n. 209/05 e ss.mm.ii.

Il Contraente/Assicurato 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. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art.118 del D.lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente/Assicurato tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società nella misura del 3% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

Le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

La Società è inoltre a conoscenza che non appena il contratto stipulato dal Contraente con il Broker Aon SpA, per il suddetto servizio di brokeraggio assicurativo scadrà, la Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio assicurativo, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo o la volontà dell'ente di gestire direttamente il servizio.

#### **Art.14 - Rinvio alle norme di legge**

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge Italiana.

#### **Art.15 – Validità del contratto**

Il suddetto contratto è operante per tutti gli eventi che potessero occorrere nel periodo di validità del contratto stesso anche per quei casi nei quali la denuncia o la liquidazione del danno avvenisse dopo la cessazione della polizza, purché il fatto produttivo dell'evento si sia verificato nel periodo di validità dell'assicurazione.

#### **Art.16 – Validità delle norme dattiloscritte**

Si intendono operanti solo le norme riportate nel presente capitolato speciale d'oneri.

La firma apposta dal Contraente su moduli a stampa vale solo quale presa d'atto del premio della eventuale ripartizione del rischio fra le società partecipanti alla coassicurazione.

#### **ART.17 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. 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 comma 9 dell'art. 3 della legge 136/2010. La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010 e ss.mm. ii.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

#### **Art.18 - Tutela della privacy**

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, si informa che i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto della presente polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

## **CAPO 3 RISCHI COPERTI**

### **Art.1 - Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale, nei limiti ed alle condizioni previste dai successivi articoli ed allegati nonché nel rispetto dei limiti territoriali previsti dalla presente polizza e di seguito specificati, per gli eventi che dovessero colpire l'Assicurato:

1. durante il viaggio da e verso il Paese estero sede del Programma frequentato dall'Assicurato, così come risultante dal Certificato di assicurazione, dal momento in cui lascia il suo luogo di residenza o la propria dimora (viaggio in itinere);
2. durante il soggiorno all'estero per partecipare al Programma, esclusivamente nei Paesi di destinazione specificatamente indicati nel Certificato di assicurazione;
3. quando, in vigenza di polizza, si trova presso il proprio luogo di residenza o la propria dimora: durante un soggiorno provvisorio, secondo le limitazioni previste al punto "Soggiorno provvisorio" della Sezione 4 dell'articolo 2 che segue.

Al di fuori dei casi previsti dal punto 3. che precede, *l'Assicurazione non è operante per gli eventi occorsi presso il luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.*

### **Art.2 - Garanzie e prestazioni**

Per le seguenti sezioni, il massimale per l'indennizzo è indicato nel Capo VI – "Somme assicurate".

Le garanzie di cui alla Sezione 3 (Costi delle cure in seguito a infortunio o malattia), Sezione 4 (Costi delle cure in seguito a infortunio o malattia) e Sezione 5 (Assistenza alla persona) sono erogate solo previo contatto con la Centrale Operativa e relativa autorizzazione della stessa. L'Assicurato non deve prendere alcuna iniziativa prima di avere contattato la Centrale Operativa.

L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle prestazioni.

#### **Sezione 1: Morte da infortunio**

Qualora l'Assicurato deceda entro 30 giorni dall'infortunio coperto dalla polizza, la Società verserà al beneficiario designato o, in sua assenza, agli eredi legittimi, ad eccezione dello Stato, la somma pattuita e indicata nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate". Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Qualora il corpo dell'Assicurato non si trovi in conseguenza di incidente aereo, naufragio, distruzione di un mezzo di trasporto pubblico o scomparsa di velivolo, imbarcazione o mezzo di trasporto pubblico, se non si hanno notizie circa l'Assicurato, gli altri passeggeri o i membri dell'equipaggio entro 730 giorni dal giorno della distruzione o scomparsa, si supporrà che l'Assicurato sia deceduto in seguito a infortunio al momento della scomparsa o distruzione.

#### **Sezione 2: Invalidità permanente da infortunio**

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista (vedi l'allegato A – Tabella INAIL).

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è

per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'infortunio.

Non sarà concesso alcun indennizzo in caso di perdita anatomica di qualsiasi arto od organo di cui si era già persa la funzionalità prima dell'infortunio.

### **Sezione 3: Costi delle cure in seguito a infortunio o malattia**

In caso di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa, senza intraprendere iniziative personali, per richiedere le prestazioni di assistenza in viaggio o in caso di ricovero ospedaliero, visite mediche e/o specialistiche, esami medici o in caso di rientro sanitario. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di contattare preventivamente la Centrale Operativa, anche tramite terze persone (ad esempio un familiare), a seguito di eventuali cause di forza maggiore o perché le condizioni dell'Assicurato sono particolarmente gravi, l'Assicurato o chi per esso dovrà contattare la Centrale Operativa il prima possibile.

Nel caso in cui la Centrale Operativa non venga preventivamente contattata, la Società potrà rigettare il sinistro o ridurre l'indennizzo.

L'Assicurato dovrà tenere a portata di mano i dettagli della Polizza, incluso il Numero del Certificato di Assicurazione, che dovranno essere forniti alla Centrale Operativa.

### **INDICARE I RIFERIMENTI DELLA CENTRALE OPERATIVA**

..... ***[da compilare a cura della Compagnia Aggiudicataria]***

La Società terrà a proprio carico solo i costi delle cure realmente indispensabili e diretta conseguenza di un infortunio o di una malattia dell'Assicurato. Ciò comprende in via esclusiva:

- le spese mediche;
- i costi dei medicinali da assumere durante il periodo coperto dall'assicurazione. Per un'assunzione oltre tale periodo, andrà ottenuta specifica approvazione scritta della Società;
- il ricovero ospedaliero in una stanza semi-privata o in un reparto per un periodo massimo di 365 giorni;
- le spese chirurgiche;
- i costi per cure ed esami medici;
- i costi per il trasporto in ambulanza da e verso il luogo in cui è somministrata la cura medica nel Paese in cui l'Assicurato si trova all'inizio del trasporto stesso. Non sarà pagata alcuna indennità per i costi di mezzi di trasporto pubblico come treno, tram e autobus;
- le prime protesi necessarie in seguito agli infortuni in copertura;
- i costi, per madre e figlio, legati alla gestazione e alla nascita del figlio, ovvero:
  - assistenza infermieristica se e finché è necessario il ricovero in ospedale;
  - i costi addizionali addebitati;
  - assistenza (poli)clinica specializzata;
- costi del trasporto in ambulanza (descritti qui sopra) laddove siano necessari per questioni mediche, ovvero quando la necessità d'assistenza infermieristica, esami medici o cure è basata su fattori medici e scientifici riconosciuti e laddove siano prescritti o imposti da un medico.

La Società terrà a proprio carico inoltre i costi di un aborto volontario laddove questo sia necessario dal punto di vista medico e sia prescritto o imposto da un medico, nonché in seguito a stupro, purché le cure siano somministrate in ospedale.

#### **Fisioterapia**

La Società si assume l'onere dei costi delle cure somministrate da un fisioterapista, purché tali cure siano state prescritte o imposte da un medico. Il massimale per l'indennizzo è indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate".

L'indennizzo per cure supplementari può essere considerato soltanto laddove la Società abbia concesso la propria preventiva approvazione.

Sono esclusi:

- lezioni ortofoniche;
- terapia del lavoro e occupazionale;
- ginnastica durante la gestazione e per la madre dopo la nascita del bambino;
- massaggi sportivi;
- costi legati al noleggio o all'acquisto di apparecchiature.

#### Psicoterapia

La Società terrà a proprio carico i costi delle cure somministrate da uno psichiatra o psicologo, laddove siano prescritte o imposte da un medico.

L'indennizzo sarà concesso entro il massimale indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate".

L'indennizzo per cure supplementari può essere considerato solo laddove la Società abbia concesso la propria preventiva approvazione.

#### **Sezione 4: Costi per cure dentistiche urgenti**

La Società terrà a proprio carico (fino all'importo massimo annuo per Assicurato indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate") i costi delle cure dentistiche sostenute a seguito dell'evento che comporti la necessità di un intervento medico che abbia carattere di urgenza ed indispensabilità. I costi delle cure dentistiche sostenute in seguito ad un infortunio verificatosi durante il periodo di validità del presente contratto sono assicurate massimo fino al 365° giorno successivo al giorno dell'infortunio stesso.

Ciò comprende in via esclusiva:

- le parcelle di dentisti o medici per cure dentistiche; foto ai raggi X scattate in relazione alle suddette cure, laddove siano prescritte o imposte da un dentista o un medico;
- i medicinali prescritti da un dentista;
- la riparazione o sostituzione di una dentiera o di elementi artificiali della dentiera.
- la protesi dentaria necessaria.

In merito alle Sezioni 3 e 4 che precedono si applicano i seguenti criteri di indennizzo:

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

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

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

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

#### **MODALITA' CON RIMBORSO**

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

#### Soggiorno provvisorio

La copertura di cui alle Sezioni 3 e 4 resta valida durante il periodo di validità del contratto anche durante il soggiorno provvisorio dell'Assicurato presso il proprio luogo di residenza per un periodo massimo di 4 (quattro) settimane consecutive, purché questo soggiorno temporaneo sia legato a una visita alla famiglia o per vacanza o laddove l'Assicurato a causa di una malattia o di un infortunio sia rimpatriato al suo luogo di residenza, come previsto alla Sezione 5.

## **Sezione 5: Assistenza alla persona**

### **5.A) Obblighi**

In caso di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa, senza intraprendere iniziative personali, per richiedere le prestazioni di assistenza in viaggio o in caso di ricovero ospedaliero, visite mediche e/o specialistiche, esami medici o in caso di rientro sanitario. Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di contattare preventivamente la Centrale Operativa, anche tramite terze persone (ad esempio un familiare), a seguito di eventuali cause di forza maggiore o perché le condizioni dell'Assicurato sono particolarmente gravi, l'Assicurato o chi per esso dovrà contattare la Centrale Operativa il prima possibile.

Nel caso in cui la Centrale Operativa non venga preventivamente contattata, la Società potrà rigettare il sinistro o ridurre l'indennizzo.

L'Assicurato dovrà tenere a portata di mano i dettagli della Polizza, incluso il Numero del Certificato di Assicurazione, che dovranno essere forniti alla Centrale Operativa.

## **INDICARE I RIFERIMENTI DELLA CENTRLE OPERATIVA**

..... ***[da compilare a cura della Compagnia Aggiudicataria]***

### **5.B) Prestazioni garantite**

#### **1) Rimpatrio o trasporto sanitario dell'Assicurato**

Qualora, in seguito a malattia o infortunio al di fuori del Paese in cui l'Assicurato risiede abitualmente, le condizioni dell'Assicurato richiedano un trasferimento per ulteriori cure mediche o esami specifici che non possono essere realizzati in loco, la Società organizzerà e sosterrà i costi di quanto segue:

- o il rimpatrio immediato al Paese in cui l'Assicurato risiede abitualmente laddove non sia possibile trovare un centro sanitario appropriato nelle immediate vicinanze e laddove sia possibile rinviare le cure;
- o il trasporto presso un centro di cure locale o in un Paese vicino dove possano essere somministrate le cure necessarie, e in seconda istanza, il rimpatrio al Paese in cui l'Assicurato risiede abitualmente, purché sia giustificato dallo stato di salute di quel momento.

A seconda della gravità del caso, il rimpatrio o il trasporto, se necessari, sono realizzati sotto supervisione medica presso l'ospedale più appropriato e meglio attrezzato:

- con apposito aereo medico;
- o con volo di linea, treno, treno con cuccette, imbarcazione o ambulanza; Ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa potranno essere utilizzati:
- o voli di linea, se necessario con apposita attrezzatura;
- o un aereo sanitario (o qualsiasi altro mezzo) verso il Paese limitrofo a quello di accadimento del sinistro dove possono essere fornite le cure mediche necessarie.

In una seconda fase, se lo stato di salute dell'Assicurato lo consente, l'Assicurato malato o infortunato sarà rimpatriato con volo di linea, o con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Centrale Operativa, presso il Paese in cui risiede abitualmente. Se all'arrivo in quest'ultimo Paese, il ricovero ospedaliero dell'Assicurato non sarà ritenuto necessario, questi sarà trasportato fino a casa. Se l'Assicurato sarà ricoverato in un ospedale lontano dal luogo di residenza, la Società, purché lo stato di salute dell'Assicurato lo consenta, organizzerà e sosterrà i costi del trasporto dell'Assicurato dall'ospedale al suo luogo di residenza.

La Società non si sostituirà in alcun caso all'organizzazione locale di pronto soccorso e non ne sosterrà i relativi costi.

In ogni caso, qualsiasi decisione e gli accordi relativi al rimpatrio o al trasferimento ad un centro sanitario appropriato, sono d'esclusiva competenza del medico della Società, previa consultazione con il medico curante in loco.

#### **2) Rimpatrio o trasporto della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato, entro il massimale previsto nell'allegato A - Sintesi delle Coperture e Massimali, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà a proprio carico:

- i costi per il trasporto della salma al Paese di residenza o domicilio dell'Assicurato, compreso il costo della bara (modello semplice) da utilizzare per il trasporto e le spese funerarie;
- i costi della sepoltura/cremazione in luogo e le spese funerarie, i costi di viaggio di andata e ritorno e alloggio per massimo tre giorni dei familiari del defunto Assicurato e/o delle persone presenti nello stato di famiglia di quest'ultimo.

3) Rientro anticipato in caso di decesso di un familiare

In caso di decesso o situazione di pericolo di morte di un familiare che non viaggia con l'Assicurato (partner, figlio, genitore, fratello, sorella, nonno/a o nipote), la Società organizzerà e sosterrà i costi di viaggio e d'alloggio dell'Assicurato sostenuti al solo fine di raggiungere il suo luogo di residenza. Sono inoltre assicurati i costi supplementari di viaggio e alloggio per il ritorno alla destinazione originale, purché siano sostenuti durante il periodo di validità del contratto.

4) Invio di medicinali all'estero

La Società sosterrà costi per l'invio di medicinali, di dispositivi artificiali e di ausili non reperibili in loco o per i quali non sia disponibile un'alternativa efficace e dei quali si ha urgente bisogno in conseguenza di prescrizione medica. I costi d'acquisto, purché non assicurati ai sensi delle Sezioni 3 o 4, e gli eventuali costi di restituzione restano a carico dell'Assicurato, anche laddove gli articoli inviati non siano da questi ritirati. La cancellazione degli ordini non è consentita.

La Società può rifiutarsi di erogare questa prestazione laddove ciò sia contrario alla normativa locale vigente o al codice italiano di deontologia medica. Il medico della Società ha il diritto di richiedere, al medico di famiglia o al medico che cura l'Assicurato, tutte le informazioni necessarie al fine di valutare la situazione.

5) Costi di telecomunicazione

La Società rimborserà i costi di telecomunicazione sostenuti dall'Assicurato per contattare la Centrale Operativa della Società a seguito del verificarsi di un danno coperto dal presente contratto. I costi di telecomunicazione sostenuti per contattare altre persone, sempre a seguito del verificarsi di un danno coperto dal presente contratto, sono coperti fino all'importo massimo previsto e indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate".

6) Assistenza a seguito di furto o smarrimento dei documenti di viaggio

In caso di problemi imprevisti e gravi all'estero conseguenti allo smarrimento o al furto di documenti di viaggio, la Società assisterà l'Assicurato fornendo consulenza e intervenendo presso le ambasciate, i consolati o gli altri organismi ufficiali.

Per questa prestazione, con "documenti di viaggio" s'intende quanto segue: passaporti, visti, biglietti di viaggio, assegni, carte di debito o di credito, patenti di guida e documenti legati ai veicoli, come documenti assicurativi, documenti d'immatricolazione e simili.

Ove necessario, la Società anticipa un biglietto di viaggio sostitutivo per l'Assicurato. Il costo di questo biglietto resta a carico dell'Assicurato che può recuperarlo dalla Società, nel rispetto di quanto specificato alla successiva Sezione 6.

7) Costi di trasporto e alloggio per i familiari

Sono coperti, fino all'importo massimo concordato e indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate", per sinistro, i costi sostenuti, con l'autorizzazione della Società, per la visita ed il viaggio di ritorno, nonché i costi d'alloggio per un massimo di 2 (due) familiari (partner, figlio, genitore, fratello, sorella, nonno/a o nipote) e/o delle persone che vivono con l'Assicurato in rapporto di famiglia, per intervenire in caso di malattia grave o pericolo di morte dell'Assicurato.

8) Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza improvvisa durante il viaggio.

9) Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora, in seguito al Consulto Medico Telefonico, l'Assicurato dovesse sottoporsi ad una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

#### 10) Rientro dell'Assicurato convalescente

Qualora, a causa di ricovero in Istituto di cura, l'Assicurato non fosse in grado di rientrare alla propria residenza o domicilio con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa gli fornirà, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

#### 5.C) Termini d'applicazione

L'utilizzo di uno dei servizi di cui sopra da parte dell'Assicurato o di un suo familiare, può essere oggetto di rimborso soltanto laddove la Società sia stata preventivamente informata ed abbia concesso la propria approvazione esplicita all'erogazione delle prestazioni mediante l'apertura di un file dossier.

I costi sostenuti saranno rimborsati soltanto dietro presentazione dei necessari documenti giustificativi ed entro i limiti per i quali la Società si è impegnata ad organizzare la prestazione dell'assistenza di cui sopra. Saranno presi a carico soltanto i costi aggiuntivi, oltre a quelli che l'Assicurato sosterebbe normalmente per il suo ritorno al luogo di residenza.

Qualora la Società abbia organizzato il viaggio di ritorno dell'Assicurato sostenendone i costi, il Contraente, l'Assicurato e/o i suoi beneficiari sono tenuti ad adottare le misure necessarie per ottenere il rimborso dei biglietti di trasporto non utilizzati e a rimborsare tale importo alla Società entro un termine massimo di 90 (novanta) giorni. Quando la Società avrà espresso il proprio consenso alla modifica dei mezzi di trasporto da utilizzare o della destinazione, questi divengono contrattualmente definiti. Il proprio apporto finanziario non potrà mai essere superiore all'importo inizialmente previsto per il viaggio originale. Quando sono presi in carico i costi di alloggio in hotel, la Società interverrà soltanto per i costi effettivi legati al costo di una stanza, entro i limiti previsti nelle presenti condizioni, escludendo quindi tutti gli altri costi.

#### 5.D) Specifiche

Per il trasporto che non sia con mezzi di trasporto pubblico, ove possibile, occorrerà ottenere una preventiva approvazione della Società.

I massimali indicati per singola prestazione sono complessivi degli indennizzi erogati a rimborso e di quelli erogati in forma diretta.

### **Sezione 6: Documenti di viaggio**

La presente sezione tratta le coperture per danni occorsi a:

- documenti di viaggio, durante il viaggio da e verso il Paese estero, entro l'importo pattuito;
- documenti di viaggio, durante il soggiorno all'estero, entro l'importo pattuito.

Per "viaggio" s'intende il tragitto tra il luogo di residenza ed il luogo all'estero in cui l'Assicurato risiederà ai fini di studio, formazione o scambio.

Sono coperti i seguenti rischi:

- furto di tutti o parte degli articoli assicurati;
- distruzione o danneggiamento degli articoli assicurati.

Sono assicurati i documenti di viaggio appartenenti all'Assicurato.

Per "documenti di viaggio" nella presente sezione s'intendono passaporti, visti, biglietti di viaggio, patenti di guida e i documenti legati ai veicoli, come documenti assicurativi, carte d'immatricolazione e simili.

Non si considerano documenti di viaggio i seguenti valori: contanti, denaro, ordini di pagamento postale o bancario, buoni viaggio, lettere di debito o credito, altri tipi di voucher pagati anticipatamente per il viaggio. La Società rimborserà il costo della nuova emissione dei "documenti di viaggio" su indicati entro il massimale previsto nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate".

### **Sezione 7: Responsabilità civile nella vita privata**

La Società fornisce la copertura assicurativa per la responsabilità civile della persona assicurata *per i fatti della vita privata che si verificano durante il periodo di validità della polizza.*

La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, persone e animali in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nel periodo di validità della polizza relativamente a fatti della vita privata, *con esclusione di ogni responsabilità inerente all'attività professionale.*

Per i danneggiamenti a cose si intendono *esclusivamente le alterazioni fisiche e/o chimiche delle cose medesime.*

*A titolo esemplificativo ma non esaustivo, sono altresì compresi in garanzia i danni derivanti:*

- dalla proprietà ed uso di biciclette e veicoli non a motore;
- dalla pratica del campeggio, della pesca anche subacquea, del modellismo anche a motore, e di attività sportive in genere, compresa la partecipazione a gare di carattere dilettantistico;
- da esplosione e scoppio di gas, di apparecchi e di impianti;
- dalla proprietà e/o dall'uso di apparecchi ed impianti domestici;
- dai danni alle cose di proprietà dell'albergatore, anche se causati da incendio, durante la permanenza in alberghi, pensioni e simili;
- dall'uso di giocattoli di qualsiasi tipo.

Per quanto coperto dalla suddetta garanzia, l'obbligo massimo della Società per ogni sinistro non supererà in alcun caso l'importo indicato nel Capo 6 Art.1 "Somme assicurate", indipendentemente dal numero di persone decedute o ferite o i cui oggetti sono stati danneggiati.

#### Gestione delle vertenze – spese legali

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando - ove occorra - legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. *L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivato dall'inadempimento di tali obblighi.*

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda, ai sensi dell'Art. 1917, comma 3 del Codice Civile.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce peraltro spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati, e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

#### Persone non considerate terzi

*Ai fini della presente garanzia non sono considerati terzi:*

- *dipendenti o personale in rapporto di lavoro con l'Assicurato;*
- *i membri della famiglia dell'assicurato stesso: il coniuge, gli avi, i discendenti (legittimi, naturali e adottivi), i fratelli e sorelle nonché qualsiasi altro parente biologico o acquisito che convivono con l'Assicurato;*
- *le persone i cui nominativi siano indicati nel medesimo Certificato di Assicurazione.*

#### Sezione 8: Assistenza legale

Qualora l'Assicurato, in caso di arresto o di minaccia di arresto per fatti colposi avvenuti all'Estero, necessitasse di assistenza legale, la società anticiperà per conto dell'Assicurato, a richiesta dello stesso, il pagamento della parcella di un legale fino all'equivalente in valuta locale di 5.000 (cinquemila) euro. Nel caso in cui poi l'Assicurato fosse nella condizione di dover fornire una cauzione a seguito di violazione non intenzionale delle leggi del Paese in cui si trova, la Società anticiperà i fondi fino a un massimale di 10.000 (diecimila) euro, dietro adeguate garanzie bancarie rilasciate dall'Assicurato.

Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Società, per la restituzione dell'anticipo.

Sono esclusi dalla prestazione i trasferimenti di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia, in Europa o negli Stati Uniti d'America, o nel Paese in cui si trova l'Assicurato."

#### **Art.3 - Infortuni**

Ai sensi della presente polizza sono assimilabili a infortunio:

- le infezioni causate direttamente da un infortunio in copertura secondo la presente polizza ad eccezione di qualsiasi infezione dovuta a intervento umano o altro intervento successivo al verificarsi dell'infortunio stesso in copertura;

- gli avvelenamenti e lesioni fisiche derivanti dall'ingestione accidentale di sostanze tossiche o corrosive, salvo l'avvelenamento causato dall'uso di stimolanti nell'accezione più ampia del termine;
- l'asfissia dovuta alla comparsa imprevista di gas o vapori nocivi, salvo l'asfissia causata dall'uso di stimolanti nell'accezione più ampia del termine;
- l'annegamento e malattie infettive conseguenti alla caduta accidentale in acqua o in liquidi infetti;
- il congelamento, colpo di sole o di calore, perdita di coscienza e sfinimento dovuti a naufragio, atterraggio forzato, crollo, valanghe o inondazioni;
- la distorsione, slogatura, strappo muscolare o tendineo causati da un infortunio che comporti una lesione interna e di cui sia possibile stabilirne in via medica la natura e l'ubicazione;
- le lesioni fisiche dovute ad assalti o aggressioni alla vita dell'Assicurato, salvo laddove si dimostri che l'Assicurato abbia partecipato attivamente alle attività di cui è vittima, come responsabile o istigatore.

#### **Art.4 - Attività sportive**

Sono coperti dalla presente polizza (compresi i costi delle cure di cui alla sezione 3) gli infortuni derivanti dalla pratica o dall'esercizio amatoriale di attività sportive, partite e gare comprese, salvo quanto espressamente escluso dall'articolo 8 che segue.

#### **Art.5 - Esclusioni generali**

Le seguenti precisazioni, limitazioni o esclusioni sono valide per tutte le garanzie e prestazioni previste dalla presente polizza.

Ai fini del presente contratto, non sono considerati infortuni:

- l'immissione nel corpo di germi patogeni in conseguenza di morso o puntura d'insetto (come nei casi di malaria, tifo, epidemia, malattia del sonno);
- lo sviluppo e/o la comparsa di qualsiasi forma d'ernia in qualsivoglia misura;
- la contaminazione dell'organismo dell'Assicurato dalla Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (virus dell'AIDS), qualunque ne siano le conseguenze.

E' escluso inoltre dalla copertura assicurativa quanto segue:

- malattie, infortuni e/o difetti (congeniti o d'altra natura) già esistenti prima o alla data d'entrata in vigore del contratto e di cui il Contraente o l'Assicurato avrebbero dovuto essere al corrente o di cui è probabile fossero al corrente in quanto i sintomi della malattia o i difetti su citati si erano già manifestati (malattie pregresse). La presente limitazione è applicabile anche nel caso in cui il contratto rientri in vigore successivamente a un periodo di sospensione così come nel caso di proroga della copertura assicurativa e/o di incremento degli importi assicurati. La restrizione di cui al presente punto non è invece applicabile alla gestazione;
- trattamenti estetici o di analoga natura;
- alcolismo, tossicodipendenza;
- malattie professionali per le quali l'indennizzo è corrisposto secondo quanto previsto dalla legislazione applicabile alle malattie professionali;
- malattie attribuibili all'infezione dell'organismo dell'Assicurato da Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (virus dell'AIDS), qualunque ne siano le conseguenze;
- malattie per le quali sia possibile rimandare la cura fino al ritorno dell'Assicurato presso il luogo di residenza.

*Sono altresì escluse le seguenti fattispecie:*

- cause o eventi non oggettivamente documentabili;
- le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o contravvenzione da parte di questi a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- guida non autorizzata o senza adeguata licenza di guida di ciclomotore o veicoli a motore;
- dolo, atti volontari e premeditati da parte dell'Assicurato.

*Il contratto non copre le seguenti fattispecie:*

- viaggio, al fine di sottoporsi a cure mediche o paramediche;
- qualsiasi intervento volontario all'estero per ragioni non d'urgenza e non procrastinabili;
- guerre civili o insurrezioni e sommosse civili, conflitti militari internazionali o insurrezioni e sommosse militari. Ciononostante, l'Assicurato continuerà ad essere coperto dalla polizza assicurativa nei 14 giorni successivi all'inizio delle ostilità qualora tali eventi lo colpino di sorpresa in un altro Paese;
- uso volontario da parte dell'Assicurato di armi da guerra o armi di cui è vietato il possesso;

- effetti termici, meccanici, radioattivi e d'altra natura, derivanti da cambi della struttura atomica della materia;
- accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- radiazione radio-isotopica;
- partecipazione a scioperi, rivolte o atti Terroristici.
- *La Società non è tenuta infine a pagare:*
  - i costi sostenuti all'estero, di qualsiasi natura, se l'Assicurato rifiuta il rimpatrio quando è già stato dichiarato idoneo a viaggiare dal punto di vista medico (Fit to fly);
  - i costi per cure non necessarie o procrastinabili in quanto non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;

*La Società non è tenuta infine a pagare:*

- le spese sostenute successivamente al rientro al proprio domicilio/residenza per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio.

La Società potrà inoltre intervenire soltanto entro i limiti delle autorizzazioni concesse dalle autorità locali. Non potrà in alcun caso sostituirsi alle organizzazioni locali per la fornitura dei servizi di pronto soccorso e di conseguenza non se ne addosserà i costi. Non potrà essere ritenuta responsabile dei danni o del mancato adempimento dei suoi obblighi per circostanze al di fuori del suo controllo.

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni. La Società si impegna ad inviare in allegato al contratto di assicurazione la lista dei paesi dove non è possibile, per garantire il rispetto delle restrizioni legali relative allo svolgimento di attività commerciali, garantire le coperture assicurative.

Si impegna inoltre in fase di gestione del contratto:

- (a) all'aggiornamento della documentazione di polizza attraverso comunicazioni scritte e/o siti Web per individuare chiaramente i limiti geografici e di ammissibilità della copertura assicurativa offerta;
- (b) garantire che i certificati assicurativi evidenzino accuratamente le limitazioni geografiche della copertura assicurativa.

## **Art.6 - Esclusioni relative alle Sezioni**

### **a) Esclusioni relative alle Sezioni 1 e 2 (art.2 Capo 3)**

I seguenti infortuni non sono coperti dal presente contratto:

- quelli attribuibili ad una disfunzione fisica o mentale di cui l'Assicurato sia vittima quando la quantità di alcool puro presente nel proprio sangue sia analoga o superiore ai limiti stabiliti dalla legge del Paese in cui si è verificato l'infortunio, a meno che non si dimostri che non vi sia tra essi alcun nesso causale;
- quelli attribuibili ad una disfunzione fisica o mentale di cui l'Assicurato sia vittima quando si trovi sotto gli effetti di droghe o sostanze narcotiche, a meno che possa dimostrare che l'uso di tali sostanze sia stato prescritto con ricetta medica e di averle assunte attenendosi scrupolosamente a quanto indicato nel foglietto illustrativo, o che l'Assicurato possa provare che non sussista tra essi alcun nesso causale;
- quelli causati da un atto intenzionale da parte dell'Assicurato o del beneficiario ai sensi del contratto, come suicidio o tentato suicidio, mediante la partecipazione ad atti criminosi, reati o violazioni. Tuttavia, in caso di suicidio, sono assicurati i costi della bara fino a un massimo di 1.500 euro e i costi del rimpatrio della salma fino a un massimo di 5.000 euro;
- quelli che hanno luogo durante il volo di un aereo, elicottero o qualsiasi altro velivolo, laddove l'Assicurato sia un membro dell'equipaggio o quando durante il volo svolge un'attività professionale o qualsiasi altra attività legata al volo;
- quelli di cui l'Assicurato sia vittima mentre, al momento dell'infortunio, stia utilizzando un velivolo al di fuori dell'esercizio di una società di trasporti pubblici per passeggeri;
- quelli in seguito o per via di uno stato di malattia a cui l'Assicurato era soggetto al momento dell'infortunio o per paralisi, irrigidimento, cecità, sordità, demenza, vertigini, diabete, gotta o qualsiasi altra disabilità fisica, a meno che non siano stati causati da un precedente infortunio coperto dal presente contratto. Qualora le conseguenze di un infortunio siano aggravate da uno stato di malattia a cui l'Assicurato è soggetto o da disfunzione psicologica o malformazione fisica dell'Assicurato, l'indennizzo non supererà mai quello che sarebbe stato pagato ai sensi del presente contratto qualora l'infortunio fosse occorso ad una persona pienamente abile e sana;

- quelli conseguenti ad attività svolte dall'Assicurato, laddove queste attività comportino lavori specifici o rischi industriali e tali attività non siano legate al corso di formazione.

**b) Motocicli**

Le somme corrisposte ai sensi della presente polizza a seguito di morte e invalidità permanente da infortunio, saranno ridotte del 50% nel caso d'incidenti derivanti dalla guida di un motociclo con cilindrata superiore a 50 c.c..

**c) Esclusioni relative alle indennità di cui alle Sezioni 3 e 4 (art.2 Capo 3):**

Oltre alle esclusioni relative alle indennità di cui alle Sezioni 1 e 2, sono esclusi inoltre dalla copertura:

- i costi che, il giorno d'entrata in vigore del contratto o anteriormente allo stesso, era ragionevole prevedere che sarebbero stati sostenuti durante il periodo di copertura dall'assicurazione. Questa limitazione non è applicabile alla gestazione;
- i costi legati alla gestazione se questa è oltre il 6° mese al momento della partenza dal Paese d'origine per la partecipazione al Programma;
- i costi per cure dentistiche non urgenti
- i costi per cure chemioterapiche e radioterapiche se non approvati prima in forma scritta dalla Società;
- costi eventualmente sostenuti oltre 12 (dodici) mesi da quando è stata effettuata la prima spesa.

**d) Esclusioni relative alla Sezione 5 (art.2 Capo 3)**

Oltre alle esclusioni di cui alle sezioni precedenti, è escluso inoltre dalla copertura del presente contratto quanto segue:

- casi di gestazione, salvo le complicanze imprevedute e in ogni caso la gestazione dopo il sesto mese;
- affezioni in fase di cura non ancora consolidate alla data d'entrata in vigore del contratto;
- ricadute/recidive di malattie che esistevano già, che comportano un forte incremento del rischio e di cui l'Assicurato era al corrente alla data d'entrata in vigore del contratto o anteriormente;
- le conseguenze dell'assunzione di medicinali, droghe o alcool;
- i costi che, alla data di inizio del viaggio era ragionevole prevedere di sostenere durante il periodo di copertura dell'assicurazione.

**e) Esclusioni relative alla Sezione 6 (Art.2 Capo 3)**

Oltre alle esclusioni relative alle sezioni di cui sopra, è escluso inoltre quanto segue:

- danni causati da usura, deprezzamento, propria colpa, deperimento ed effetti atmosferici ad azione lenta;
- danni causati da insetti, vermi, larve, roditori o qualsiasi parassita, nonché i danni causati da qualsiasi sistema di pulizia, riparazione o ripristino;
- danni che sono conseguenza diretta o indiretta della confisca, pignoramento o sequestro da parte della dogana o delle autorità, salvo per incidente stradale;
- danni causati o conseguenti a confisca, pignoramento o sequestro dei mezzi di trasporto in cui sono ubicate le merci, salvo gli atti di pirateria;
- danni che si verificano durante scioperi, insurrezioni, disturbi civili, ostilità o atti di guerra (anche se non dichiarati), a meno che l'Assicurato non dimostri che non vi sia il minimo nesso causale tra il danno e gli eventi descritti;
- collezioni (come francobolli, monete ed oggetti analoghi);
- carte di valore, compresi soldi, di qualsiasi natura, manoscritti, e autografi;
- merci, campioni e collezioni di rappresentanti commerciali;
- danni per furto o tentativo di furto senza effrazione;
- danni quando l'Assicurato non abbia preso le misure necessarie ad evitare lo smarrimento, il furto o il danneggiamento degli articoli assicurati.

Per i documenti di viaggio, quanto sopra si applica quando i documenti sono lasciati su mezzi di trasporto. Il diritto all'indennizzo è valido soltanto quando:

- a) i documenti di viaggio sono posti in apposito compartimento chiuso a chiave senza essere visibili dall'esterno;
- b) è stata presa ogni misura per evitare il danneggiamento dei documenti di viaggio quando questi sono su un mezzo di trasporto sprovvisto degli appositi compartimenti richiudibili a chiave.

I punti a) e b) di cui sopra sono applicabili quando l'Assicurato ha realizzato tutto ciò che si poteva prevedere realizzasse e quando non si sarebbero potute adottare ragionevolmente misure più sicure.

L'Assicurato, pena la perdita del diritto all'indennizzo, dovrà prendere in qualsiasi momento tutte le ragionevoli precauzioni per proteggere i beni assicurati e garantirne la sicurezza. Non sono coperti i furti resi possibili da negligenza dell'Assicurato o mancanza di precauzioni elementari. Qualora l'Assicurato non adempia agli obblighi di cui sopra, perderà tutti i diritti all'indennizzo, salvo il caso di circostanze al di fuori del proprio controllo. Ferme restando le limitazioni indicate nella presente sezione, come base per il calcolo dell'indennizzo si utilizzeranno i seguenti valori:

- Documenti di viaggio - l'importo necessario per ottenere i documenti in questione con il limite per sinistro indicato nel Capo VI Art.1 "Somme assicurate".

**f) Esclusioni relative alla Sezione 7 (art.2 Capo 3)**

Ad integrazione delle esclusioni comuni, sono altresì esclusi i sinistri:

- a) derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- b) cagionati da fatti attinenti all'esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale, agricola, artigianale, industriale, di volontariato in genere o connessa con affari, locazioni, noleggi o prestazioni di servizi;
- c) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- d) da detenzione di armi e relative munizioni ed uso delle stesse;
- e) da detenzione od impiego di esplosivi;
- f) alle cose o agli animali che le persone assicurate abbiano in custodia o consegna o detengano a qualsiasi titolo o destinazione;
- g) conseguenti alla proprietà e detenzione di cani pit-bull o di altra razza con spiccate attitudini aggressive così come indicato dall'Ordinanza del Ministero della Salute pubblicata sulla G.U. n. 212 del 12 settembre 2003 e successive modifiche e/o integrazioni e/o sostituzioni;
- h) derivanti dalla partecipazione ad attività sportive con carattere professionale o semiprofessionale, compresa la partecipazione ad attività equestri intese come utilizzo di cavalli e altri animali "da sella", anche se effettuate con il consenso del proprietario;
- i) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- j) cagionati a persone e/o cose direttamente o indirettamente derivanti da:
  - proprietà, possesso ed uso a qualsiasi titolo, anche temporaneamente, da parte dell'assicurato di immobili, caravan ed il loro contenuto;
  - qualsiasi atto dannoso, illecito od omissione volontaria;
- k) *conseguenti a trasmissioni di malattie infettive da parte dell'Assicurato;*
- l) derivanti dal possesso ed uso di sostanze stupefacenti o droghe a meno che non siano prescritte da un medico;
- m) derivanti dalla proprietà, dalla guida o dall'uso di veicoli a motore, di aeromobili, inclusi Droni (o APR), e di veicoli spaziali, di natanti forniti di motore, di natanti di lunghezza superiore a 6,5 metri;
- n) cagionati da opere in genere dopo l'ultimazione dei lavori o, qualora si tratti di operazioni di manutenzione, quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori;
- o) derivanti da furto e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà delle persone assicurate o da esse detenute;
- p) cagionati alle opere in costruzione, alle opere sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori inclusi navi e/o natanti, aeromobili e/o veicoli spaziali, ed i pregiudizi economici relativi al loro mancato uso;
- q) derivanti da lavori di costruzione o demolizione di manufatti in genere;
- r) alle Cose trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- s) derivanti da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, salvo che siano conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture, collegate in modo fisso e non removibile (esclusi quindi i raccordi "mobili" o meglio "smontabili"), nonché quelli derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- t) da circolazione, su strade di uso pubblico o su aree private ad esse equiparate, cagionati da veicoli a motore in genere, per i quali, in conformità alle norme del D.Lgs n° 209 del 7 Settembre 2005 e delle successive modifiche, è obbligatoria l'assicurazione;
- u) a condutture ed impianti sotterranei in genere; a fabbricati ed a Cose in genere, dovuti ad assestamento, cedimento, franamento o vibrazione del terreno da qualsiasi causa determinati;

- v) derivanti direttamente o indirettamente, da attività di Information & Communication Technology, in tale fattispecie si intende inclusa l'attività svolta via Internet, nonché l'attività conseguente alla fornitura di servizi e/o consulenza informatica;
- w) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, di giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- x) derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivatigli dalla legge;
- y) conseguenti a guerra e terrorismo;
- z) derivanti dalla proprietà (anche in partecipazione) e/o conduzione di piattaforme ed impianti di trivellazione ubicati in mare (off-shore rigs and platforms);
- aa) derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, oppure verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);
- bb) conseguenti, direttamente o indirettamente:
  - da silice, amianto e/o asbesto e relative fibre e/o polveri;
  - dall'esposizione al "fumo passivo";
  - dalla generazione di campi elettrici e/o magnetici e/o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto (EMF);
- cc) conseguenti, direttamente o indirettamente, da azioni riprovevoli o chiaramente ostili esercitate anche attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, ad inadempimenti del Contratto di Lavoro o di contratti simili, verso i dipendenti, quali, a titolo esemplificativo:
  - illecita destituzione, revoca o licenziamento ingiustificato di un dipendente;
  - illecita mancata promozione, deprivazione di opportunità di carriera, provvedimento disciplinare;
  - ogni tipo di discriminazione e molestia, tipo quelle sessuali, razziali, etniche, religiose, ambientali, anche rivolte a disabili (inclusa la realizzazione di vessazioni in ambito lavorativo);
  - maltrattamenti, grave mancanza di considerazione o inflizione di sofferenze psichiche (patologie clinicamente accertate e derivanti da discriminazioni subite in ambito lavorativo);
  - violazione del diritto alla riservatezza, nonché ingiuria e diffamazione del dipendente.

Sono inoltre esclusi i danni conseguenti ad attività svolte in connessione alle Associazioni Sindacali e dei Lavoratori.

Inoltre, si intende escluso dall'Assicurazione qualsiasi rischio che rientra nelle seguenti categorie:

- responsabilità civile personale e professionale relativa alla "culpa in vigilando" (ad eccezione di amici e familiari) di insegnanti di qualsiasi ordine e grado scolastico, tutor e badanti (l'elenco è da intendersi a titolo esemplificativo ma non esaustivo);
- membri di associazioni che svolgono attività che possono essere considerate pericolose.

#### **g) Esclusioni relative alla Sezione 8 (art.2 Capo 3)**

Oltre alle esclusioni relative alle indennità/indennizzi previsti nelle sezioni di cui sopra, è inoltre escluso quanto segue:

- i casi in cui l'Assicurato poteva ragionevolmente prevedere la necessità d'assistenza legale alla data d'entrata in vigore del contratto;
- i casi in cui gli interessi in gioco ammontano a 250,00 euro o meno;
- in caso di dolo, colpa grave o negligenza da parte dell'Assicurato;
- i costi sostenuti senza previa approvazione della Società;
- i costi legati al ricorso ad un avvocato o a un perito senza il previo consenso della Società;
- i costi conseguenti ad omissioni o inadempimenti dell'Assicurato in relazione al trattamento del caso.

#### **Art.7 - Servizio militare**

Le garanzie del contratto non sono applicabili in caso di sinistri occorsi all'Assicurato durante il servizio militare o il richiamo alle armi.

#### **Art.8 - Esclusioni relative alle attività sportive**

Fermo quanto indicato nel precedente Articolo 4 – Attività Sportive, sono tuttavia sempre escluse le seguenti attività:

- sport aerei di qualsiasi genere;
- attività sportive terrestri o acquatiche svolte con l'ausilio di un veicolo motorizzato e la partecipazione o preparazione di gare di velocità, record e prove di resistenza;
- *dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial, free climbing, canoa fluviale, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, rafting e canyoning, motocross, moto d'acqua, utilizzo di quad, skateboarding, slacklining, sandboarding, street luge, wakeboard, bike downhill, attività equestri e/o corse di cavalli;*
- attività sportive svolte in circostanze tali che, secondo l'opinione di specialisti, siano da considerarsi atti imprudenti, come il mancato rispetto di regolamenti o misure di sicurezza.

### **Art.9 – Altre Assicurazioni**

Alle persone che sono già assicurate per lo stesso rischio e/o che hanno diritto a qualsiasi altro genere di indennizzo, il risarcimento garantito ai sensi del presente contratto non sarà corrisposto o lo sarà soltanto come integrazione a quanto già indennizzato da terzi, salvo quanto indicato alle Sezioni 1 e 2.

### **Art.10 - Cumulo di indennizzo**

Gli indennizzi da corrispondere in caso di decesso o invalidità permanente da infortunio non possono essere tra loro cumulati.

### **Art.11 - Perdita del diritto all'indennizzo**

L'Assicurato ed il beneficiario rinunciano a tutti i diritti derivanti dal contratto e la Società potrà esigere il rimborso di tutti gli importi dovuti in relazione alla garanzia prestata per il singolo assicurato:

- qualora il Contraente, l'Assicurato o il beneficiario abbiano causato intenzionalmente l'infortunio o ne abbiano aggravato le conseguenze, direttamente o rifiutandosi di attenersi o non attenendosi alle cure mediche prescritte qualora il Contraente, l'Assicurato o il beneficiario abbiano fornito deliberatamente informazioni false, incomplete o contraffatte o falsificato qualsiasi altro documento o certificazione in seguito ad un sinistro.

In caso di perdita dei diritti per una qualsivoglia ragione, i premi giunti a scadenza dovranno comunque essere pagati alla Società. Nel caso in cui vi siano diversi beneficiari, continueranno a godere dei diritti derivanti dalla presente polizza soltanto quelli che in seguito ad un infortunio o ad una malattia non abbiano commesso le violazioni di cui al primo comma del presente articolo.

### **Art.12 - Limiti territoriali**

L'assicurazione concessa dal presente contratto è valida in tutti i Paesi del mondo.

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni. Si richiamano, in tal senso, integralmente i due ultimi capoversi dell'art. 5 che precede.

### **Art.13 - Persone non assicurabili - Limite d'età**

La copertura assicurativa non è operativa per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate. Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente – ove richiesto – la parte di premio non goduta, con esclusione delle imposte governative.

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell'adesione alla copertura assicurativa, abbiano un'età inferiore a 65 (sessantacinque) anni. Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla prima ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato.

## **CAPO 4 NORME COMUNI PER TUTTE LE SEZIONI (DI CUI AL CAPO PRECEDENTE)**

### **Art.1 - Comunicazione degli Assicurati da parte del Contraente**

L'inserimento in copertura di ciascun Assicurato avviene a seguito di apposita registrazione, da parte del Contraente o dell'intermediario, nella piattaforma informatica dei seguenti dati obbligatori (o in caso di necessità con comunicazione scritta vedi art.2 pt.2 del Capo I):

- specifica del programma/Progetto di studio;
- dati anagrafici dell'Assicurato, residenza e relativi recapiti;
- categoria di appartenenza dell'Assicurato;
- Paese di provenienza e di destinazione dell'Assicurato;
- data di inizio e data di fine della permanenza dell'Assicurato nel programma Erasmus;
- data di effetto e data di scadenza della copertura assicurativa per l'Assicurato; tali date verranno riportate sul Certificato di Assicurazione, la cui durata massima non potrà superare i 12 mesi per ciascuna annualità assicurativa.

Il caricamento in piattaforma informatica dovrà essere effettuato dal Contraente non oltre le ore 24.00 del giorno antecedente la data di effetto della copertura assicurativa. E' possibile richiedere il rinnovo del certificato per coloro che sono già assicurati in piattaforma prima della scadenza del certificato in corso purché la data di effetto ricada all'interno della stessa annualità assicurativa e prima della scadenza di quest'ultima. Non è prevista retroattività per le coperture assicurative emesse.

La copertura assicurativa individuale si intende perfezionata nel momento in cui il Contraente genera, per il tramite della piattaforma informatica stessa, il Certificato di Assicurazione. L'emissione di tale Certificato dovrà essere contestuale all'inserimento dei dati di cui sopra.

La Società si impegna a fornire al Contraente ed al Broker le necessarie credenziali d'accesso alla piattaforma informatica ed a curarne il corretto funzionamento. Il Broker/Contraente potrà contattare la Società al fine di segnalare eventuali errori e/o malfunzionamenti della piattaforma informatica che impedirebbero le normali attività di emissione, modifica e cancellazione dei Certificati di Assicurazione. In questo ultimo, qualora il ripristino della piattaforma non avvenga in tempo utile a soddisfare le richieste di copertura ed emissione dei certificati, si provvederà attraverso comunicazione scritta alla compagnia (Art. 2 pt.2 del Capo I)

### **Art.2 - Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni**

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato sono tenuti o qualsiasi modifica alla Polizza collettiva sono valide solo se fatte per iscritto.

Il Contraente s'impegna a notificare senza indugio alla Società qualsiasi cambio d'indirizzo. Diversamente, qualsiasi notifica o messaggio da inviare al Contraente sarà inviato all'ultimo indirizzo noto alla Società.

Il Contraente è tenuto a dare comunicazioni, anche per conto dell'Assicurato alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato stesso. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

### **Art.3 – Gestione dell'Assicurazione**

Ciascun Progetto rientrante nel Programma verrà incluso nella copertura assicurativa della presente polizza a seguito di emissione di apposita appendice contrattuale.

La suddetta appendice recherà almeno le seguenti informazioni:

- data di inizio e fine dello specifico Progetto;
- tipologia delle attività che dovranno essere svolte dai soggetti da assicurare;
- numero medio ed età media dei partecipanti allo specifico Progetto per categoria di appartenenza (Studenti/Staff);
- Paesi di provenienza e di destinazione dei soggetti da assicurare;
- durata media della copertura assicurativa per gli assicurati;
- previsione con cui verranno effettuati gli inserimenti in copertura durante ogni annualità assicurativa;

- garanzie e massimali prestati.

La raccolta delle attivazioni e la gestione della presente copertura assicurativa è affidata al Contraente della polizza collettiva. Agli effetti dei termini e garanzie già previste dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato al Contraente deve intendersi come fatta alla Società, come pure ogni comunicazione fatta dal Contraente, nel nome e per conto dell'Assicurato, alla Società s'intenderà come fatta dall'Assicurato stesso. Analogamente ogni comunicazione fatta dalla Società al Contraente s'intenderà come fatta all'Assicurato. Tali comunicazioni, per essere ritenute valide, dovranno essere effettuate per iscritto (Art.2 pt.2 del Capo I).

#### **Art.4 - Obbligo di consegna all'Assicurato delle Condizioni di Assicurazione**

È compito del Contraente comunicare, mediante supporto cartaceo o digitale, le condizioni di assicurazione all'Assicurato. Tale comunicazione dovrà avvenire tempestivamente, e comunque prima della data di attivazione della copertura, così come previsto dalla normativa vigente al momento della stipula della Polizza. Sarà onere della Società, previo controllo, verifica ed approvazione del Contraente, predisporre su supporto digitale disponibile su piattaforma tutta la documentazione avente ad oggetto condizioni di assicurazione e la sintesi delle coperture da inserire nei certificati.

#### **Art.5 - Notifica del rischio**

Il Contraente è tenuto prima della conclusione del contratto a comunicare con precisione tutte le circostanze di cui è a conoscenza che dovrà ragionevolmente ritenere quali dati in grado d'incidere sulla valutazione del rischio da parte della Società.

Se l'occultamento intenzionale o la comunicazione intenzionalmente scorretta dei dati relativi al rischio inducono in errore la Società nella valutazione del rischio, l'assicurazione sarà nulla. I premi dovuti fino al momento in cui la Società ne viene a conoscenza dovranno essere comunque pagati alla Società.

Quando l'occultamento o la comunicazione scorretta di dati non sono intenzionali, la Società potrà, entro il termine di un mese a decorrere dal giorno in cui la Società ne viene a conoscenza:

- apportare una modifica al contratto con effetto pari al giorno in cui la Società è venuta a conoscenza dell'occultamento o della comunicazione scorretta dei dati. Qualora il Contraente rifiuti la proposta di modificare il contratto o qualora, dopo la scadenza del termine di un mese dalla ricezione della proposta, questa non sia accettata, la Società potrà rescindere il contratto entro quindici giorni;
- rescindere il contratto laddove possa fornire la prova che non avrebbe mai assicurato il rischio.

#### **Art.6 - Variazione del rischio**

Il Contraente informerà senza indugio la Società di qualsiasi cambiamento significativo e permanente del rischio.

Qualora durante il periodo contrattuale il rischio aumenti a tal punto che la Società lo avrebbe assicurato a condizioni diverse se fosse esistito al momento della firma del contratto, dovrà, entro un mese dal giorno in cui prende atto della variazione, proporre la modifica del contratto con effetto retroattivo alla data dell'insorgere del maggior rischio.

Qualora la Società fornisca la prova che non avrebbe in nessun caso assicurato il maggior rischio, avrà diritto a rescindere il contratto entro un mese dal giorno in cui è venuta a conoscenza della reale portata del rischio stesso. Qualora la proposta di modifica del contratto sia rifiutata dal Contraente o se, allo scadere del periodo di un mese dalla ricezione della proposta, questa non è accettata, la Società potrà rescindere il contratto entro quindici giorni.

Qualora si verifichi un sinistro e il Contraente non abbia adempiuto all'obbligo di cui al comma uno del presente articolo:

- la Società sarà tenuta a fornire la prestazione concordata laddove il Contraente non possa essere ritenuto responsabile della mancata notifica;
- la prestazione che la Società deve erogare sarà ridotta proporzionalmente alla differenza tra il premio pagato e il premio che il Contraente avrebbe dovuto pagare se avesse debitamente denunciato il rischio, laddove la mancata notifica possa essere attribuita al Contraente.

Tuttavia, qualora la Società fornisca la prova che non avrebbe in alcun caso assicurato il maggior rischio, avrà soltanto l'obbligo di rimborsare i premi pagati; qualora il Contraente non abbia adempiuto a quest'obbligo con inganno intenzionale, la Società potrà ridurre la copertura.

I premi giunti a scadenza fino al giorno in cui la Società ha preso atto dell'intenzionale omissione di cui sopra, saranno considerati di competenza legittima della Società a titolo di risarcimento danni.

#### **Art. 7 - Controversie**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di ch  la Societ  comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Societ  convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, pi  vicino al luogo di residenza del Contraente. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la met  alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico   vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

#### **Art.8 - Rinuncia alla rivalsa**

La Societ , per conto dell'Assicurato o dei suoi beneficiari, rinuncia a qualsiasi ricorso nei confronti di terzi che abbiano causato il sinistro o che siano civilmente responsabili dei danni. Ciononostante, la rinuncia non   efficace per le sezioni 3 (spese mediche), 4 (spese dentistiche), 6 (documenti di viaggio) e 7 (Responsabilit  Civile) subordinatamente ai termini ed alle condizioni definite nel presente contratto.

#### **Art. 9 - Lingua della Polizza**

Laddove le condizioni della presente polizza o un loro estratto siano comunicate in una lingua diversa dall'italiano, prevarranno quest'ultime.

#### **Art. 10 - Cessione dei diritti**

L'Assicurato non potr  in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti

## **CAPO 5 GESTIONE DEI SINISTRI**

### **Art.1 – Procedura da seguire in caso di sinistro**

Condizioni comuni a tutte le garanzie e prestazioni.

1. In caso di infortunio o malattia improvvisa nel corso del viaggio, per attivare le prestazioni di "Assistenza alla persona" e per le "Spese mediche":  
cure ospedaliere, ricovero, cure specialistiche, esami medici, scansioni o rimpatrio sanitario, l'Assicurato deve immediatamente mettersi in contatto con la Centrale Operativa, anche tramite terze persone, a disposizione 24 ore su 24 ai seguenti recapiti:

**INDICARE I RECAPITI..... [da compilare a cura della Compagnia  
Aggiudicataria]**

Qualora la Centrale Operativa non sia stata preventivamente contattata, ogni spesa sostenuta dall'Assicurato e che altrimenti non sarebbe stata sostenuta dalla Centrale Operativa, qualora contattata, verrà dedotta dal pagamento del Sinistro.

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

2. Per tutti gli altri Sinistri,  
la denuncia del sinistro stesso dovrà essere inviata con l'insieme dei documenti utili alla gestione del  
sinistro ad uno dei seguenti recapiti:

**INDICARE I RECAPITI..... [da compilare a cura della Compagnia  
Aggiudicataria]**

L'Assicurato, il beneficiario o, in sua assenza, gli eredi legittimi comunicheranno alla Società il sinistro non appena verificatosi e almeno entro 14 (quattordici) giorni dalla data dell'evento.

La Società tollererà il mancato rispetto dei suddetti termini purché il modulo di denuncia del sinistro sia stato inviato con la massima rapidità possibile e comunque nel più breve tempo possibile dalla data di accadimento del Sinistro stesso o dal momento in cui l'Assicurato, o suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

L'inadempimento all'obbligo di avviso, come previsto e disciplinato dall'art.1913 C.C., determina le conseguenze previste dall'art.1915 C.C. e cioè la perdita del diritto all'Indennizzo in caso di omissione dolosa dell'obbligo di avviso, o la riduzione dell'Indennità in ragione del pregiudizio sofferto dalla Società, in caso di omissione colposa di tale obbligo.

Il Contraente, l'Assicurato, il beneficiario o, in sua assenza, gli eredi legittimi sono tenuti a:

- fornire alla Società tutte le informazioni e i documenti che questa reputi necessari;
- garantire alla Società ed ai suoi rappresentanti la possibilità di effettuare verifiche e/o controlli nei confronti dell'Assicurato;
- sottoporsi ad un esame medico da parte dei medici nominati dalla Società;
- consentire al medico curante di fornire ai medici nominati dalla Società tutte le informazioni richieste relative alle lesioni ed alle malattie e ai difetti, sia presenti alla sottoscrizione della polizza che ad essa antecedenti;
- adottare ogni ragionevole misura per prevenire e limitare le conseguenze del sinistro;
- astenersi da qualunque cosa possa nuocere agli interessi della Società;
- restituire quanto prima alla Società debitamente compilato e firmato il modulo per la dichiarazione di sinistro.

Per poter beneficiare di tutte le prestazioni di "Assistenza alla persona", la Centrale Operativa della Società dovrà essere informata senza indugio, ai contatti su indicati, di qualsiasi evento che possa dare diritto a richiederne un intervento.

La Società presterà i propri servizi con ragionevole celerità ed in cooperazione con l'Assicurato, ma sarà libera di scegliere coloro che potranno assisterla nell'espletamento di tali servizi.

Relativamente alla Sezione 6 (art.2 Capo 3 "Documenti di viaggio") in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà:

- intraprendere immediatamente tutte le azioni necessarie ed adottare ogni adeguata misura legale per proteggere, preservare o recuperare i beni assicurati;
- in caso di furto, informare la polizia locale il giorno stesso dell'accadimento del reato e far stilare una denuncia;
- stabilire la proprietà ed il valore del/dei bene/i assicurato/i.

Relativamente alla Sezione 7 (art. 2 Capo 3 "Responsabilità civile nella vita privata") in caso di sinistro, l'Assicurato dovrà:

darne avviso scritto alla Società entro 6 (sei) giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

La denuncia del sinistro deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

L'Assicurato deve inoltre far seguire nel più breve tempo possibile le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

L'inadempimento di tali obblighi comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

L'Assicurato dichiara inoltre che, in caso di morte da infortunio, consentirà al proprio medico curante di dichiarare ai medici nominati dalla Società le cause del decesso.

La Società potrà inoltre richiedere un esame medico post mortem. Questa richiesta andrà soddisfatta concedendo l'autorizzazione e adottando tutte le misure necessarie con le autorità competenti. Qualora non si adempia a tale obbligo, si perderà qualsiasi diritto all'indennizzo.

#### Obblighi speciali in caso di ricovero ospedaliero

In caso di ricovero ospedaliero, occorrerà telefonare alla Centrale Operativa della Società prima del ricovero o, laddove non sia possibile, entro una settimana dall'ingresso in ospedale, in modo che questa, in accordo con l'Assicurato o il suo rappresentante, assieme al medico curante e possibilmente anche con il medico di famiglia, possa adottare le misure in grado di garantire al meglio gli interessi dell'Assicurato.

#### **Art.2 – Prova**

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

#### **Art.3 – Liquidazione del sinistro**

Alla ricezione della documentazione completa, la Società terrà a proprio carico l'importo dovuto all'Assicurato, mediante bonifico bancario sul conto corrente indicato dallo stesso nel modulo di denuncia, entro 30 (trenta) giorni lavorativi da tale ricezione.

Il pagamento verrà eseguito dalla Società nei confronti dell'Assicurato e dei suoi eredi e aventi causa, ed avrà piena efficacia liberatoria nei confronti della Società.

Gli indennizzi vengono corrisposti nell'ambito dell'Unione Europea e in Euro, fatte salve specifiche deroghe autorizzate ad insindacabile giudizio della società. Nel caso di spese sostenute al di fuori dei paesi aderenti all'euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

## **CAPO 6 SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO**

### **Art.1 Somme assicurate**

<b>Sezione 1</b>	Morte da Infortunio	€ 5.000
<b>Sezione 2</b>	Invalità permanente da infortunio	€ 75.000
<b>Sezione 3</b>	Costi per cure mediche in seguito a infortunio o malattia	Costi effettivi
	Ricovero ospedaliero in stanza semi-privata o in reparto a seguito infortunio o malattia (massimo 365 giorni)	
<b>Sezione 4</b>	Costi per cure dentistiche urgenti, sostenuti in seguito ad infortunio (massimo 365 giorni)	Costi effettivi
	Costi per cure dentistiche urgenti, senza infortunio (per sinistro e per Assicurato)	€ 250
<b>Sezione 5</b>	Assistenza alla persona:	
	1) Rimpatrio o trasporto sanitario dell'Assicurato	Costi effettivi
	2) Rimpatrio o trasporto della salma	€ 7.500
	3) Rientro anticipato in caso di decesso di un familiare	Costi effettivi
	4) Invio di medicinali all'estero	Costi effettivi
	5) Costi di telecomunicazione	€ 125
	6) Assistenza a seguito di furto o smarrimento dei documenti di viaggio	Costi effettivi
	7) Costi di trasporto e alloggio per i familiari	€ 7.500
	8) Consulto medico telefonico	Costi effettivi
	9) Segnalazione di un medico specialista all'estero	Costi effettivi
	10) Rientro dell'Assicurato convalescente	Costi effettivi
<b>Sezione 6</b>	Documenti di viaggio	€ 150
<b>Sezione 7</b>	Responsabilità civile nella vita privata –danni a persone Responsabilità civile nella vita privata – danni a cose	€ 50.000
<b>Sezione 8</b>	Tutela legale all'estero	€ 5.000

#### Allegato A - TABELLA INAIL PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennità per invalidità permanente parziale – fermi i criteri di franchigia operanti – verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla Tabella INAIL riportata qui di seguito – già allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della “franchigia relativa” prevista dalla legge sopracitata.

Descrizione	Percentuale	
	Des.	Sin.
Sordità completa di un orecchio .....	15	
Sordità completa bilaterale.....	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio.....	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale .....	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale .....	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
con possibilità di applicazione di protesi efficace .....	11	
senza possibilità di applicazione di protesi efficace .....	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite .....	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica .....	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità .....	=	
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio ...	5	
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola ....	50	40
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola .....	40	30
Perdita del braccio:		
per disarticolazione scapolo-omerale .....	85	75
per amputazione al terzo superiore .....	80	70
Perdita:		

del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio.....	75	65
dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano .....	70	60
di tutte le dita della mano .....	65	55
del pollice e del primo metacarpo .....	35	30
totale del pollice .....	28	23
totale dell'indice .....	15	13
totale del medio .....		12
totale dell'anulare .....		8
totale del mignolo .....		12
della falange ungueale del pollice .....	15	12
della falange ungueale dell'indice .....	7	6
della falange ungueale del medio .....		5
della falange ungueale dell'anulare .....		3
della falange ungueale del mignolo .....		5
delle due ultime falangi dell'indice .....	11	9
delle due ultime falangi del medio.....		8
delle due ultime falangi dell'anulare.....		6
delle due ultime falangi del mignolo.....		8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
in semipronazione.....	30	25
in pronazione .....	35	30
in supinazione.....	45	40
quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione.....	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi:		
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
in semipronazione.....	40	35
in pronazione .....	45	40
in supinazione.....	55	50
quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione.....	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea .....		
	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
in semipronazione .....	22	18
in pronazione .....	25	22
in supinazione.....	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		
		45
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile		
		80
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto.....		
		70
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato .....		
		65
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		
		55
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede.....		
		50
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso.....		
		30
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso .....		
		16
Perdita totale del solo alluce .....		
		7
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di		
		3
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio.....		
		35
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto.....		
		20
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		
		11

N.B.: In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

**TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA**

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.

La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.

Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.

La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo. In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	15%
di 7/10 .....	18%
di 6/10 .....	21%
di 5/10 .....	24%
di 4/10 .....	28%
di 3/10 .....	32%
inferiore a 3/10 .....	35%

In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

**Art. 2 – Sezione economica**

Il premio unitario lordo indicato nella tabella sottostante viene riconosciuto dal Contraente alla Società Assicuratrice:

- per singolo Assicurato, in base alla categoria di appartenenza (studente o staff);
- per ogni periodo di 30 giorni (o frazione di tale periodo) di permanenza dell'Assicurato in copertura; - sulla base della destinazione assicurata.

CATEGORIA	AREA 1	AREA 2	AREA 3
STUDENTE	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>
STAFF	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>	<i>Da compilare con quanto offerto in sede di gara</i>

**AREA 1 – EUROPA:**

Italia, San Marino, Città del Vaticano, Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Islanda, Ungheria, Lettonia, Groenlandia, Irlanda, Lituania, Lussemburgo, Olanda, Polonia, Portogallo, Romania, Scozia, Slovacchia, Svezia, Regno Unito, Andorra, Cipro, Gibilterra, Grecia, Isola di Man, Liechtenstein, Malta, Monaco, Spagna, Svizzera.

**AREA 2 - PAESI CONFINANTI CON UE:**

Albania, Algeria, Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bosnia, Capo Verde, Egitto, Georgia, Isole Aland, Isole Faroe, Israele, Kazakhstan, Libano, Libia, Macedonia, Moldavia, Montenegro, Marocco, Norvegia, Fed. Russa, Serbia, Tagikistan, Tunisia, Turchia, Turkmenistan, Ucraina.

**AREA 3 - RESTO DEL MONDO (Esclusi paesi sanzionati):**

Tutti i Paesi del mondo ad eccezione di quelli rientranti nelle definizioni di "Europa" e "Paesi confinanti con UE" e di quelli "sanzionati" ai sensi dell'art. 5 Capo 3.

**IL CONTRAENTE**

**LA SOCIETÀ**