



Rami 2 - 18	Polizza n. 101020794	Cod. Int.	Intermediario (Ragione Sociale) GAMBONI SRL		Allegati che integrano la Polizza ---	
Decorrenza Pol. Ore 24.00 Del 31.12.2024	Scadenza Pol. Ore 24.00 del 31.12.2025	Adegua. aut. premio minimo garantito no		Frazionamento Annuale	Regolazione premio SI - Annuale	Scadenza pagamento regolazione premio: 60 giorni data richiesta
Coordinate Bancarie compagnia da utilizzare per pagamento premio: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia Unicredit Spa - IBAN: IT 95 1 02008 05211 000003108364					Pol. Sostituita //	Rami //
Contraente (Ragione Sociale) UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA				P. IVA	C. F. 01541040232	
Indirizzo - n. Civico - Eventuale Località VIA DELL'ARTIGLIERE 8				Comune VERONA	Provincia VE	C.A.P. 37129
RISCHIO ASSICURATO						
Sezione			Massimale espresso in Euro			
Assistenza in viaggio			Inclusa			
Spese mediche in viaggio			Incluse			
Regolazione premio			SI ANNUALE			
Estensione territoriale Mondo	Elementi variabili di regolazione premio n. giornate	Computo premio di regolazione n. assicurati per premio unitario		Tacito rinnovo NO	Termini disdetta STR	
Numero applicazioni minime garantite:				--		
Durata trasferta: 15.000 Giornate				Tipologia di tariffa: Tariffa Forfait		
DETERMINAZIONE DEL PREMIO UNITARIO ANNUO						
Ramo Assicurativo		Premio netto €		Imposte €		Premio lordo €
PREMIO ANNUO		1,7323 €		0,0552 €		1,7875 €
DETERMINAZIONE DEL PREMIO MINIMO GARANTITO ANNUO						
		Premio netto €		Imposte €		Premio lordo €
Ramo 18		2.371,62 €		237,16 €		2.608,78 €
Ramo 02		23.613,98 €		590,35 €		24.204,33 €
PREMIO ANNUO		25.985,60 €		827,51 €		26.813,11 €
Emessa in duplice esemplare in data 31.12.2024						
Il Contraente				Inter-Partner Assistance S.A. (Rappresentanza Generale per l'Italia)		
QUIETANZA						
Il premio di € _____ imposte incluse pari ad € _____ è stato pagato in data _____						
L'esattore _____						

Polizza n. 101020794

Condizioni di polizza

Si richiamano integralmente le condizioni riportate nel fascicolo informativo

Roma, lì 31.12.2024



INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
(Rappr. Gen per l'Italia)

_____, lì _____

Il Contraente

Ai sensi dell'ART. 1341 C.C., il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni cui ai seguenti articoli del Contratto di Assicurazione:

12) Modifiche al contratto, 13) Divieto di cessione, 14) Foro competente, 23) Identificazione degli assicurati e comunicazioni tra le parti, 24) Durata, 26) Modalità di pagamento del premio, 27) Premio e regolazione, 29) Informazione agli assicurati, 33) Riservatezza delle Informazioni.

Il Contraente _____

Il Contraente dichiara d'aver ricevuto e preso visione della documentazione contrattuale redatta ai sensi del reg. n° 41 del 2018 e così composto:

- 1) DIP base;
- 2) DIP aggiuntivo;
- 3) Contratto di Assicurazione.

Il Contraente acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente e si impegna a consegnare all'Assicurato l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DI INTER PARTNER ASSISTANCE S.A – Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il Contraente _____

COPERTURA ASSICURATIVA SPESE MEDICHE E ASSISTENZA PERSONALE IN MISSIONE ALL' ESTERO

La presente polizza è stipulata tra

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA

e

Società INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Carlo Pesenti 121 – 00156 Roma (RM)

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.12.2024

alle ore 24 del 31.12.2029

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati al 31.12 di ogni annualità

Scheda di polizza

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	101020794
CONTRAENTE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
SEDE LEGALE	Via Dell'artigliere 8 VERONA 37129 Verona
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	01541040232
ATTIVITÀ SVOLTA	UNIVERSITA'
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2024
	Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2029
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€ 25.985,60
IMPOSTE	€ 827,51
PREMIO LORDO ANNUO	€ 26.813,11
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
BROKER - INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALIQUOTA PROVVISORIALE	8% del premio imponibile
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xx è regolato: ✓ dal frontespizio di polizza e dalla <i>SCHEDA DI POLIZZA</i> riportanti i dati essenziali del contratto; ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato; ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato.	

SEZIONE 1 –DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL’ATTIVITA’

- Art. 1 Definizioni
- Art. 2 Descrizione dell’attività
- Art. 3 Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche – validità territoriale – In nuove categorie

SEZIONE 2 –NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Assicurazioni presso diversi assicuratori
- Art. 3 Durata del contratto
- Art. 4 Pagamento del premio –decorrenza della garanzia – regolazione premio
- Art. 5 Variazione del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto
- Art. 6 Disciplina dei casi di recesso dall’assicurazione
- Art. 7 Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione
- Art. 8 Forma delle comunicazioni
- Art. 9 Oneri fiscali
- Art. 10 Foro competente
- Art. 11 Rinvio alle norme di legge
- Art. 12 Interpretazione del contratto
- Art. 13 Ispezioni e verifiche della Società
- Art. 14 Titolarità dei diritti nascenti della polizza
- Art. 15 Estensione territoriale
- Art. 16 Obbligo di fornire i dati sull’andamento del rischio
- Art. 17 Clausola Broker
- Art. 18 Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s.m. e i.
- Art. 19 Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

SEZIONE 3 –RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

- Art. 1 Oggetto dell’assicurazione
- Art. 2 Garanzie assicurate
- Art. 3 Limitazioni ed esclusioni di garanzia
- Art. 4 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusions Clause)
- Art. 5 Limite di età

SEZIONE 4 – CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA E GESTIONE DEI SINISTRI

- Art. 1 Modalità operative di attivazione della centrale operativa di Assistenza
- Art. 2 Liquidazione del rimborso
- Art. 3 Azione di surroga

SEZIONE 5 – SOMME ASSICURATE CALCOLO DEL PREMIO, FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Art. 1 Somme assicurate per garanzia/ sinistro/persona assicurata
- Art. 2 Conteggio del premio e applicazione della regolazione
- Art. 3 Riparto di coassicurazione

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

Art.1 – Definizioni

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Centrale operativa di assistenza	La struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24 che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza
Complicazioni della gravidanza	Si intendono quelle condizioni di salute che richiedono la permanenza in ospedale le cui diagnosi sono distinte dalla gravidanza ma sfavorevolmente condizionate dal concepimento e/o causate dalla gravidanza stessa. Queste condizioni includono nefriti, nefrosi, scompensi cardiaci, minaccia di aborto e condizioni mediche e chirurgiche simili o di gravità paragonabile. La definizione di Complicazioni della Gravidanza include anche il taglio cesareo, la gravidanza extra-uterina e l'aborto spontaneo. Nelle complicazioni della gravidanza non sono incluse le manifestazioni neurovegetative del primo trimestre, l'iperemesi gravida, la pre-eclampsia e quelle condizioni associate alla gestione di una gravidanza difficile che non costituiscono una complicazione nosologica distinta dalla gravidanza stessa.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Docente	Professore Associato o Ordinario con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (DPR 382/80) o Professore Straordinario con rapporto di lavoro subordinato a tempo determinato (art. 12 legge 230/2005) Per l'identificazione personale docente dell'Ateneo di Verona è competente la Direzione Risorse Umane
Dottorando	Studente universitario iscritto ad un corso di formazione (di durata triennale o quadriennale) di terzo livello presso l'Università degli Studi di Verona, con l'obbligo di frequentare i corsi di dottorato e di compiere attività di studio e di ricerca nell'ambito delle strutture

	destinate a tal fine. Il dottorando deve svolgere periodi di studio e stage presso soggetti pubblici o privati all'estero per un periodo di almeno 3 mesi nel triennio e fino ad un massimo del 50% della durata del Corso Al termine del corso di studi consegue il titolo di dottore di ricerca. Per l'identificazione dei dottorandi dell'Ateneo di Verona è competente l'ufficio Dottorati di Ricerca
Estero	Mondo intero, escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino e il Paese di residenza dell'Assicurato
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea
Invalidità Permanente	La perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, clinicamente ed oggettivamente constatabile e che si manifesti durante il viaggio di lavoro/missione/trasferta dell'Assicurato
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Missione	Attività lavorativa svolta nell'interesse della Contraente da personale con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e determinato, al di fuori dell'ordinaria sede di servizio, sia sul territorio nazionale che su quello estero. L'autorizzazione alla missione deve essere richiesta e approvata dall'Ateneo antecedentemente all'inizio della missione medesima. Ai fini della presente copertura assicurativa sono classificabili come "missioni" solo quelle effettuate all'estero, escluse pertanto quelle effettuate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.
Morte	Il decesso, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio.
Ospedale, clinica, casa o istituto di Cura	La struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.
Personale dipendente contrattualizzato	Personale Tecnico Amministrativo - Collaboratori esperti linguistici (entrambi possono essere un contratto a tempo indeterminato o determinato) CCNL comparto Università.

	Per l'identificazione personale dipendente contrattualizzato dell'Ateneo di Verona è competente la Direzione Risorse Umane
Personale esterno con lettera di incarico dell'Ateneo	Personale esterno con lettera di incarico dell'Ateneo per incarichi di insegnamento Per l'identificazione personale esterno con lettera di incarico dell'Ateneo di Verona è competente la Direzione Risorse Umane/ Dipartimento di Ateneo
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dalla Contraente alla Società.
Ricercatore Universitario	Ricercatore Universitario con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato (DPR 382/80) oppure a tempo determinato (Legge 240/2010 art. 24).
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio extraprofessionale	L'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza/domicilio/lavoro al luogo di prestazione del servizio/attività per conto dell'Ente Contraente e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo
Rischio professionale	L'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Contraente.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'Impresa di Assicurazioni che garantisce il rischio e le eventuali Imprese Coassicuratrici o Mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto, oppure qualora trattasi di sindacato o sindacati dei Lloyd's, l'Assicuratore o gli Assicuratori.
Specializzando	Laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione di medico-chirurgo, assegnatario di un contratto di formazione da parte dell'Università degli Studi di Verona.
Titolare di assegno di ricerca (assegnista di ricerca)	Studioso in possesso di curriculum scientifico professionale idoneo allo svolgimento di attività di ricerca ha un contratto con l'Ateneo per la collaborazione ad attività di ricerca.
Titolare di borsa di studio (borsista)	Laureato che riceve un finanziamento dall'Università degli Studi di Verona per svolgere attività di ricerca.
Trasferta	Attività di lavoro o formativa svolta nell'interesse del Contraente ed effettuata al di fuori dell'ordinaria sede di servizio, sia sul territorio nazionale sia su quello estero, da soggetti diversi dal personale con rapporto di lavoro subordinato, che abbiano un rapporto istituzionale o contrattuale con il Contraente. L'autorizzazione alla trasferta deve essere richiesta e approvata da chi di competenza antecedentemente all'inizio della trasferta medesima.

	Ai fini della presente copertura assicurativa sono classificabili come “trasferte” solo quelle effettuate all'estero, escluse pertanto quelle effettuate in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.
--	--

Art. 2 – Descrizione dell'Attività

Università.

Tra le attività della Contraente sono comprese quelle istituzionali oltre che accessorie, complementari o comunque svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario.

Art. 3 – Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche

La presente polizza viene stipulata a favore di:

☐ Soggetti in rapporto di lavoro subordinato con il Contraente (a tempo indeterminato o determinato):

- PERSONALE DIPENDENTE CONTRATTUALIZZATO
- DOCENTI
- RICERCATORI

☐ Soggetti che hanno un rapporto istituzionale o contrattuale con il Contraente ma che non sono dipendenti:

- SPECIALIZZANDI
- DOTTORANDI
- TITOLARI DI ASSEGNI DI RICERCA (ASSEGNISTI)
- TITOLARI DI BORSE DI STUDIO (BORSISTI)
- PERSONALE ESTERNO CON LETTERA DI INCARICO DELLA CONTRAENTE che viaggia per conto e in relazione a fini istituzionali della Contraente.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dalla Contraente medesima.

La Contraente resta altresì esonerata dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti della 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.

La Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio, così come previsto dal successivo Art. 5 “Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto”.

Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del C.C. la Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate, o che verranno stipulate in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

Gli stessi hanno l'obbligo di farlo in caso di sinistro.

Nel caso in cui, alla data del sinistro, fossero operanti altre assicurazioni per lo stesso rischio, la presente polizza opererà in secondo rischio su quanto già coperto da altra assicurazione e in primo rischio per quanto non assicurato da altra assicurazione.

Art. 3 – Durata del contratto

Il contratto ha decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2024 e scadenza ore 24.00 del 31.12.2029 con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata (o PEC) inviata dall'una all'altra parte almeno quattro mesi prima di tale scadenza.

È facoltà della Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione del contratto per qualsiasi motivo, richiedere alla Società una proroga della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per il periodo richiesto, purché non eccedente i 6 mesi decorrenti dalla scadenza del contratto.

Art. 4 – Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in scheda di polizza ancorché il premio venga versato entro i 90 giorni successivi al medesimo.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 3 "Durata del Contratto" della presente Sezione.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

I dati consuntivi devono essere comunicati entro 120 giorni dalla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o eventuale minor durata del contratto.

Fermo il premio minimo di polizza le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte della Contraente dell'apposita appendice di regolazione, formalmente corretta, emessa dalla Società.

Se la Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso che entro il termine sopra indicato la Contraente non abbia inoltrato alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

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

Per i contratti scaduti, se la Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

I premi possono essere pagati alla Società Assicuratrice, anche per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre 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 del 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 dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

Art. 5 – Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe assunto il rischio o l'avrebbe assunto per un premio più elevato.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato per iscritto alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le variazioni che devono essere comunicate riguardano circostanze di fatto interne all'organizzazione della Contraente in grado di determinare un aggravamento di rischio rilevante, pertanto la Contraente non è tenuta a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

6.1) Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora la Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla

Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare al Contraente entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

6.2) Recesso per aggravamento del rischio

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio prevista all'Art. 5 "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto" la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi alla Contraente tramite Raccomandata o PEC.

6.3) Recesso a seguito di sinistro

Tale condizione non si applica al presente contratto.

In tutti i casi di recesso si conviene quanto segue:

1. La Società, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al contraente tutti i dati di cui all'art. 16 "Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati sopra richiamati.
2. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà alla Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte;
3. In caso di recesso con durata del preavviso contrattuale eccedente la scadenza annuale di polizza, la Società rinuncerà ad incassare l'intera quietanza annuale ma emetterà appendice con indicazione del rateo dovuto per il periodo di copertura compreso nell'annualità successiva. Tale appendice dovrà essere pagata nei termini previsti dall'art. 4 "Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione premio".

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

La Società è obbligata a rilasciare alla Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali. Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8 – Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e la Società sono tenute devono essere effettuate con mezzo idoneo a comprovare la data e il contenuto e devono essere indirizzate alla Società e alla Contraente oppure al Broker al quale la Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. A titolo esemplificativo le comunicazioni possono essere effettuate a mezzo posta elettronica certificata, posta elettronica semplice, raccomandata, corriere, fax ecc.

Art. 9 – Oneri fiscali

Le imposte e tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico della Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 10 – Foro competente

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



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

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

Art. 11bis – Trattamento dei dati

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

Art. 12 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione delle condizioni di polizza, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza, purché tale interpretazione possa essere ritenuta legittima e non contraria alle disposizioni di legge.

Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, e chiedere informazioni relative all'attività degli Assicurati e ai viaggi da essa effettuati dopo che la Polizza è stata attivata e nel periodo in cui essa è valida. La Contraente/Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare della Contraente/Assicurato.

Art. 14 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza

La presente polizza è stipulata dalla Contraente, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., nell'interesse e a favore degli Assicurati. L'Università degli Studi di Verona pertanto assume la qualifica di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione con il consenso degli Assicurati ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che, per loro natura, non possono che essere adempiuti dall'Assicurato stesso.

Art. 15 – Estensione territoriale

Mondo intero con esclusione dei sinistri occorsi in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Paese di residenza dell'Assicurato se diverso da quello della Contraente.

Art. 16 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 60 giorni dal termine di ogni annualità assicurativa, 180 giorni prima della scadenza finale del contratto e in tutti i casi di recesso, si impegna a fornire alla Contraente il dettaglio (data sinistro, numero sinistro, descrizione sintetica) aggiornato a non oltre 60 giorni precedenti, dei sinistri denunciati così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito/respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla Contraente di chiedere, e ottenere dalla Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. L'obbligo di fornire i dati relativi ai sinistri permane fino alla definizione dell'ultima posizione di sinistro aperta sul contratto, ancorché successiva alla scadenza naturale dello stesso.

Art. 17 – Clausola Broker

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

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

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

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

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

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

La remunerazione del Broker è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

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

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

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

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

Art. 18 – Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.

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

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

Art. 19 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. Tuttavia, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1911 del C.C. ogni Società indicata nel riparto è obbligata solidalmente con le altre Società nei confronti della Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto alla gestione del contratto per loro conto. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Coassicuratrice Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

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

Art. 20 – Sanzioni e restrizioni internazionali

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

SEZIONE 3 – RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

La polizza prevede la copertura assicurativa delle prestazioni di seguito indicate esclusivamente durante l'espletamento di un viaggio di lavoro/missione/trasferta espletato su incarico dell'Ateneo Contraente.

Fermi i limiti territoriali contrattualizzati, le coperture assicurative saranno in vigore 24.00 ore su 24.00 per tutta la durata del viaggio di lavoro/missione/trasferta purché di durata non superiore a 180 giorni consecutivi dalla data dell'ultima partenza dell'Assicurato per la destinazione della missione/trasferta.

I servizi di assistenza sono fruibili per tutto il periodo di validità del contratto per tutte le persone che beneficiano dello status di Assicurato.

Resta inteso che:

- ☐ la cessazione del rapporto di lavoro/incarico conferito dalla Contraente implica l'immediata decadenza dalla qualifica di Assicurato.
- ☐ ogni diritto nei confronti della Società si prescrive nel termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 del C.C...

Art. 2 – Garanzie assicurate

Attraverso la Centrale Operativa di Assistenza la Società assisterà l'Assicurato nella gestione delle emergenze mediche compresa l'individuazione dei centri medici e il coordinamento e la gestione dei ricoveri durante il soggiorno all'estero, La Centrale Operativa di Assistenza provvederà altresì all'attivazione di tutte le garanzie previste in polizza sulla base delle esigenze emerse. La copertura è attiva anche in caso di epidemie e pandemie.

Le garanzie previste dal contratto sono le seguenti:

A. SPESE MEDICHE DOCUMENTATE

Nel caso in cui l'Assicurato, durante il viaggio di lavoro e a seguito di infortunio o malattia manifestatasi nel corso del viaggio/missione/trasferta necessiti di:

- ☐ cure mediche che comportino il ricovero in ospedale o in istituto di cura, tali spese mediche – se preventivamente approvate – verranno prese direttamente in carico dalla Centrale Operativa di Assistenza.

Pertanto in caso di ricovero l'Assicurato, un accompagnatore, l'Autorità, l'ente medico che ha in cura l'Assicurato, la Contraente o chi ne ha la possibilità, deve mettersi immediatamente in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza per verificare la copertura assicurativa e ottenere la presa in carico diretta delle spese.

- ☐ cure mediche che non comportino il ricovero in ospedale o in istituto di cura, tali spese mediche – se preventivamente approvate – verranno rimborsate all'Assicurato previo inoltro dei documenti comprovanti la spesa sostenuta.

Eventuali spese mediche non preventivamente autorizzate potranno essere rimborsate all'Assicurato che le abbia sostenute direttamente solo nel caso in cui l'Assicurato medesimo si sia trovato nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza. In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza: la Società rimborserà esclusivamente le spese mediche documentate sostenute dall'Assicurato nei limiti previsti dal contratto.

A titolo esemplificativo e non limitativo sono riconosciute le spese mediche sostenute per:

- prestazioni mediche e anestesilogiche;
- ricovero ospedaliero e uso della sala operatoria;
- esami diagnostici di laboratorio e per immagini;
- servizi di autoambulanza;
- medicinali.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

B. PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO PER MOTIVI DI SALUTE

In caso di prolungamento del soggiorno dell'Assicurato e ritardo del rimpatrio a causa di particolari condizioni cliniche certificate dal medico curante in loco che ne sconsigliano il trasporto, la Centrale Operativa di Assistenza, per conto della Società, rimborserà all'Assicurato le spese di albergo sostenute in loco sino a quando il rimpatrio non sia fattibile.

La garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1.

La Centrale Operativa di Assistenza liquiderà inoltre, nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1, le spese di soggiorno e di rimpatrio sostenute da un partecipante alla missione che viaggiava con l'Assicurato e che si trattienga per fornire assistenza all'Assicurato medesimo, purché tale soggetto rientri tra gli Assicurati in polizza di cui alla Sezione 1 articolo 3 "Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche".

C. INVIO DI FARMACI ESSENZIALI

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

In ogni caso il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

D. TRASPORTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti di trasferimento presso un Ospedale/Istituto di cura, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato sino alla più vicina struttura medica attrezzata per le cure del caso.

In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto avverrà con aereo sanitario, aereo di linea, vagone letto cuccetta 1a classe, autoambulanza o altro mezzo ritenuto idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici/infermieri.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

E. COSTI DI SALVATAGGIO E RICERCA

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di forze di polizia e/o soccorso locali la Società rimborserà i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

F. RIMPATRIO SANITARIO

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero a seguito di Infortunio o Malattia e di dimissioni dello stesso con necessità di rientro al domicilio tramite trasporto sanitario, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il rimpatrio in Italia o nel Paese di Residenza dell'Assicurato. In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato, e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto avverrà per mezzo di:

aereo sanitario, aereo di linea, vagone letto, cuccetta 1a classe, autoambulanza o altro mezzo ritenuto idoneo.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

G. RIMPATRIO DELLA SALMA E SPESE FUNEBRI

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Società, organizzerà il rimpatrio della salma sino al luogo di inumazione in Italia o nel Paese di Residenza dell'Assicurato.

Questa garanzia è prestata nei limiti riepilogati nella tabella di cui alla Sezione 5 art. 1

GARANZIE MIGLIORATIVE OPZIONABILI:

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

H. INTERPRETE TELEFONICO a disposizione per favorire il contatto tra i medici curanti sul posto e l'Assicurato degente in ospedale. L'Assicuratore organizza il servizio in inglese, francese, spagnolo e tedesco prendendo a proprio carico la spesa fino alla concorrenza di € 700,00;

~~I. VIAGGIO DI UN FAMILIARE per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 7 giorni. La Società tiene a proprio carico: un biglietto di andata e ritorno e le spese di soggiorno [pernottamento e prima colazione] nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni consecutivi;~~

L. SOSTITUZIONE DELL'ASSICURATO CON UN COLLEGA. La Centrale Operativa organizza il viaggio di andata e ritorno del sostituto e tiene in carico le relative spese fino ad un massimo di € 2.500.

La prestazione è operante esclusivamente nei casi di interruzione della missione per:

- malattia o infortunio dell'Assicurato non curabili sul posto;
- malattia grave di un familiare con prognosi superiore a 7 giorni o suo decesso

M. TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA. La Società provvede, su esplicita richiesta dell'Assicurato, a tradurre la cartella clinica. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico della Società dall'inglese, francese, tedesco e spagnolo all'italiano ed esclusivamente con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 e ulteriori normative in materia di Privacy;

Art. 3 – Limitazioni ed esclusioni di garanzia

La polizza non opera per/ in caso di:

- 1) spese mediche relative a cure prescritte da un Medico non abilitato all'esercizio della professione medica oppure relative a cure prestate presso strutture mediche non riconosciute;
- 2) infortunio alla guida di veicolo condotto con un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato pari o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso dell'autoveicolo;
- 3) suicidio, tentato suicidio o lesione intenzionalmente auto-inflitta;
- 4) viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, in ogni caso, intrapreso con patologia in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici nel paese di destinazione;
- 5) spese mediche sostenute nel Paese di Residenza dell'Assicurato o in Italia, Città del Vaticano o Repubblica di San Marino;
- 6) complicazioni della gravidanza verificatesi oltre la 26esima settimana di gestazione;
- 7) patologie psichiatriche e nevrosi e trattamenti psicoanalitici;
- 8) AIDS/HIV e infezioni connesse;

- 9) interventi di chirurgia estetica, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da un infortunio coperto dalla polizza;
- 10) trattamenti di disintossicazione, salvo il caso di trattamenti conseguenti ad avvelenamento e/o intossicazione accidentale avvenuta nel corso del viaggio di lavoro/missione/trasferta;
- 11) cure prestate da un chiropratico o un osteopata;
- 12) check-up medici non relativi a una situazione di emergenza medica;
- 13) cure di riabilitazione di qualsiasi genere, effettuate in conseguenza di infortuni o malattie avvenute durante il viaggio di lavoro/missione/trasferta, salvo che tali prestazioni siano effettuate in regime di ricovero e siano prescritte dal medico curante al fine di evitare ulteriori complicazioni;
- 14) spese per acquisto di occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici;
- 15) spese per acquisto di protesi in generale. Sono tuttavia comprese le spese afferenti protesi o dispositivi medici necessariamente applicati durante l'intervento chirurgico quali, a titolo esemplificativo e non limitativo pacemaker e simili;
- 16) spese per cure dentistiche salvo quelle di emergenza purché preventivamente approvate dalla Centrale Operativa di Assistenza;
- 17) spese per cure dentistiche e protesi dentarie, salvo che siano conseguenza diretta di un infortunio occorso durante il viaggio di lavoro/missione/trasferta;
- 18) vaccinazioni e relative complicazioni. Sono tuttavia comprese le eventuali complicazioni a seguito di vaccinazioni obbligatorie o suggerite dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute nell'ambito della profilassi da effettuarsi prima del viaggio di lavoro/missione/trasferta.

Art. 4 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusions Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tale beneficio o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 5 – Limite di età non operante

SEZIONE 4 – CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA E GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Modalità operative di attivazione della centrale operativa di Assistenza

La Centrale Operativa di Assistenza ha il compito di fornire informazioni ed eseguire alcune delle prestazioni previste dal presente contratto oltre che quello di coordinare la gestione dei ricoveri ospedalieri e delle emergenze mediche nei casi previsti in polizza.

Nel caso in cui occorra all'Assicurato un infortunio o si manifesti una malattia durante il corso di un viaggio di lavoro/missione/trasferta assicurata, la Centrale Operativa di Assistenza, organizzerà ed



effettuerà le prestazioni assicurate in polizza utilizzando i mezzi e i servizi più adatti alle condizioni fisiche dell'Assicurato.

Si ricorda che le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate ai sensi della presente polizza verranno rimborsate solo se approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salvo le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone. In tal caso graverà sull'assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di contattare la Centrale Operativa di Assistenza.

Modalità di richiesta di intervento della centrale operativa di assistenza

In tutti i casi di emergenza medica, l'Assicurato, un compagno di viaggio, l'Autorità, l'ente medico che ha in cura l'Assicurato, la Contraente o comunque chi ne ha la possibilità, deve mettersi immediatamente in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.

La Centrale Operativa di Assistenza risponde ai seguenti numeri telefonici attivi 24 ore su 24:

dall'Italia_____ (da indicare a cura della Società aggiudicataria)

dall'estero_____ (da indicare a cura della Società aggiudicataria)

Al momento della richiesta l'Assicurato dovrà comunicare all'operatore:

- ☐ cognome e nome
- ☐ tipologia di rapporto di lavoro in essere con l'Ateneo Contraente della polizza
- ☐ numero della polizza
- ☐ tipologia di assistenza richiesta
- ☐ indirizzo del luogo in cui si trova all'estero
- ☐ recapito telefonico.

La Società e la Centrale Operativa di Assistenza non possono essere ritenute responsabili di eventuali ritardi e/o conseguenze dovute all'impossibilità di effettuare una o più delle prestazioni assicurate in caso di scioperi, disordini, atti di sabotaggio o terrorismo, guerra civile o con altre nazioni, emissione di calore o di radiazioni provocata dalla fissione dell'atomo, radioattività o altri incidenti o calamità naturali. Tutti gli interventi della Centrale Operativa di Assistenza saranno compiuti in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali e saranno condizionati al rilascio delle necessarie autorizzazioni da parte delle autorità competenti.

Art. 2 – Liquidazione del rimborso

In tutti i casi che prevedono il rimborso delle spese anticipate dall'Assicurato o da i suoi aventi diritto, la Società, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, provvederà a liquidare l'importo dovuto entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.

Art. 3 – Azione di surroga

La Società subentra all'Assicurato per quanto riguarda i suoi diritti per la quota in cui la stessa ha provveduto a rimborsarli all'Assicurato.



L'Assicurato è tenuto a preservare i diritti della Società nei confronti dei responsabili della perdita subita firmando i documenti necessari e compiendo qualsiasi altro atto che possa essergli ragionevolmente richiesto.

SEZIONE 5 – SOMME ASSICURATE CALCOLO DEL PREMIO, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Art.1 – Somme assicurate per garanzia/ sinistro/persona assicurata

Si riepilogano le somme assicurate per garanzia/sinistro/persona assicurata:

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Spese mediche documentate (Sezione 3 art. 2 lettera A)	costi effettivi senza limite
Prolungamento del soggiorno per motivi di salute (Sezione 3 art. 2 lettera B)	€ 350,00 al giorno per max 30 giorni / € 10.000 per accompagnatore
Invio farmaci essenziali (Sezione 3 art. 2 lettera C)	Costi effettivi
Trasporto ad un centro ospedaliero (Sezione 3 art. 2 lettera D)	Costi effettivi
Costi di salvataggio e ricerca (Sezione 3 art. 2 lettera E)	€ 25.000,00
Costi di salvataggio e ricerca (Sezione 3 art. 2 lettera E)	
Rimpatrio sanitario (Sezione 3 art. 2 lettera F)	Costi effettivi
Rimpatrio salma e spese funebri (Sezione 3 art. 2 lettera G)	€ 15.000,00

La presente polizza non prevede alcuno scoperto/franchigia.

INSERIRE QUI VARIANTI MIGLIORATIVE ACCETTATE

Interprete telefonico	€ 700,00
Viaggio di un familiare	100 € al giorno max 5 giorni
Sostituzione dell'Assicurato con un collega	€ 2.500,00
Traduzione cartella clinica	Costo effettivo

Art. 2 – conteggio del premio e applicazione della regolazione

Il premio minimo anticipato di polizza è conteggiato come segue:



N. GIORNATE MISSIONE	PREMIO GIORNATA/MISSIONE IMPOSTE INCLUSE	PREMIO MINIMO ANTICIPATO IMPOSTE INCLUSE
N. 15.000 giornate/missione	€1,7875	€26.813,11

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	€ 25.985,60.=
Imposte	€	€ 827,51.=
TOTALE PREMIO MINIMO COMUNQUE ACQUISITO	€	€ 26.813,11.=

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi della Sezione 2 art. 4 “Pagamento del premio – operatività della garanzia – regolazione premio” della presente polizza.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, destinazioni o qualsiasi altro dato variabile.

Art.3 – Riparto di coassicurazione (eventuale)

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

La Società

La Contraente

Clausole vessatorie

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile la Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le seguenti clausole:

Sezione 2 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Sezione 2 Art. 2 Assicurazione presso diversi assicuratori

Sezione 2 Art. 3 Durata del contratto

Sezione 2 Art. 4 Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione del premio



Sezione 2 Art. 5 Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Sezione 2 Art. 6 Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

Sezione 2 Art. 10 Foro competente

Sezione 2 Art. 15 Estensione territoriale

Sezione 2 Art. 19 Coassicurazione e delega

Sezione 3 Art. 3 Limitazioni ed esclusioni di garanzia

Sezione 3 Art. 4 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

È facoltà della Società estendere l'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del C.C. che, a tal fine, dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali.

La Società

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – GARANZIE ASSISTENZA, COVER STAY, BACK HOME, MY DOCTOR, SPESE MEDICHE IN VIAGGIO (CON PRESA A CARICO DIRETTA), TRAVEL EYE E SECURITY

In caso di sinistro, l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al seguente numero:

+39 06. 42 115 794

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come "Assicurato Travel 4 Business" e comunicare:

- cognome e nome;
- numero Polizza;
- prestazione richiesta;
- numero di telefono al quale essere contattato;

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile, comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 C.C.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

Anche in caso di Situazioni di crisi, l'Assicurato dovrà sempre contattare la Centrale operativa prima di prendere qualsiasi iniziativa rispetto all'evacuazione, tranne in caso di comprovata impossibilità.