

LOTTO 5

POLIZZA DI COPERTURA SPESE MEDICHE A FAVORE DEI DIPENDENTI,  
COLLABORATORI, DOCENTI, STUDENTI DELL'UNIVERSITA' DEGLI  
STUDI DI PERUGIA DURANTE LE MISSIONI EFFETTUATE ALL'ESTERO  
NEI PAESI EXTRA UE  
CIG: A01B73204C

Stipulata tra:  
Università degli Studi di Perugia  
Piazza dell'Università, 1  
06123 Perugia  
C.F. 00448820548

E

[Nome Società]

Decorrenza polizza: dalle ore 24:00 del 31/12/2023  
Scadenza polizza: alle ore 24:00 del 31/12/2026

## Sezione 1 – DEFINIZIONI

### Art. 1 Definizioni

SOCIETÀ	la Compagnia Assicuratrice nonché le Coassicuratrici
CONTRAENTE	il soggetto che stipula l'assicurazione
ASSICURATO	Persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	il contratto di assicurazione
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società
RISCHIO	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
FRANCHIGIA	parte di danno che rimane a carico dell'Assicurato
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 un'inabilità permanente e/o un'inabilità temporanea
RISCHI PROFESSIONALI	gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle proprie occupazioni professionali, compresi gli infortuni che l'assicurato subisca durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione al luogo di lavoro, nel tempo necessario alla sua effettuazione e sempre che gli infortuni stessi siano stati regolarmente denunciati all'INAIL
INVALIDITA' PERMANENTE	perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
INABILITA' TEMPORANEA	la perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
DAY HOSPITAL	degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno
CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA	Soggetto che agisce per conto della Compagnia Assicuratrice prendendo in carico tutti i costi e anticipandoli per conto dell'Assicurato

## Sezione 1- CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art. 1 Variazioni del rischio

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

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

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

### Art. 2 Variazione fino a concorrenza del quinto dell'importo del contratto

Qualora in corso di esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, la stazione appaltante può imporre all'appaltatore l'esecuzione alle condizioni originariamente previste. In tal caso l'appaltatore non può far valere il diritto alla risoluzione del contratto.

### Art. 3 Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

### Art. 4 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha durata di anni 3, con effetto alle ore 24.00 del 31.12.2023, e cesserà automaticamente alle ore 24.00 del 31.12.2026. Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo tra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta.

È però facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, di 12 mesi con preavviso di almeno due mesi dalla scadenza, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

Si conviene che la contraente ha la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con pec da inviare con almeno 90 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

#### Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

In osservanza a quanto previsto dalla normativa vigente la trasmissione delle fatture dovrà essere effettuata esclusivamente in forma elettronica. In particolare, tutte le operazioni di ricevimento, riconoscimento, accettazione e/o rifiuto delle fatture elettroniche saranno effettuate mediante il sistema SDI (Sistema di Interscambio). Le fatture dovranno essere trasmesse a mezzo PEC all'indirizzo [protocollo@cert.unipg.it](mailto:protocollo@cert.unipg.it) ed essere intestate a Università degli Studi di Perugia Ufficio Gare, Piazza dell'Università,1 Codice Univoco: 99NQWX.

I pagamenti saranno effettuati a mezzo mandato entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento delle singole fatture, previa acquisizione del DURC regolare e attestazione di regolare esecuzione del servizio.

La modalità di fatturazione elettronica dovrà essere utilizzata anche per il pagamento dei conguagli.

#### Art. 6 Regolazione del premio

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

Salvo che i dati necessari per la regolazione del premio siano già in possesso della Società, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

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

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

#### Art. 7 Recesso per Sinistro

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

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 13 – "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

#### Art. 8 Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione

Pena l'applicazione della penale di cui all'art. 23 "Penali", la Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

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

I pagamenti avverranno tutti dietro presentazione di fatturazione elettronica, come previsto espressamente al precedente art. 5.

#### Art. 9 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni tra le parti saranno eseguite esclusivamente mediante posta elettronica certificata (P.E.C.). Per la sottoscrizione della documentazione (polizze, appendici diverse, ecc...) è richiesto l'utilizzo della firma digitale.

#### Art. 10 Oneri fiscali

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

#### Art. 11 Foro competente

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

#### Art. 12 Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

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

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

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

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

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

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato: sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:

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

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

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

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 50,00 giornaliera secondo le modalità indicate dall'art. 23 "Penali".

Art. 15 Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n. 136/2010

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

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

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

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

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

Art. 16 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 18 Estensione territoriale

L'Assicurazione, viene prestata per tutti i paesi extra UE.

Art. 19 Coassicurazione e Delega

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

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

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

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

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

#### Art. 20 Sanction Clause / OFAC

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di 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 esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

La presente disposizione abroga e sostituisce ogni norma difforme contenuta nelle Condizioni di Assicurazione.

#### ART. 21 Responsabile/Referente del servizio per la Società

Prima della stipula della polizza assicurativa, la Società deve nominare un Responsabile/Referente Unico incaricato di dirigere, coordinare, controllare le attività connesse alla polizza in questione e in grado di fornire tutte le informazioni dovessero rendersi necessarie al Contraente nel corso di vigenza della polizza e fino a dodici mesi successivi alla scadenza della stessa. La Società dovrà fornire le generalità (nome e cognome), un recapito cellulare e uno fisso per una reperibilità certa ed immediata, nonché un indirizzo e-mail. In caso di impedimento o assenza del Responsabile/Referente, lo stesso dovrà darne tempestiva notizia al RUP, indicando contestualmente il nominativo del sostituto e i recapiti e punti di contatto come sopra indicati.

#### Art. 22 Revisione prezzi

Qualora nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determina una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al cinque per cento dell'importo complessivo, i prezzi sono aggiornati, nella misura dell'ottanta per cento della variazione, in relazione alle prestazioni da eseguire. Ai fini del calcolo della variazione dei prezzi si utilizzeranno gli indici dei prezzi alla produzione dell'industria e dei servizi. Tali indici sono pubblicati, unitamente alla relativa metodologia di calcolo, sul portale istituzionale dell'ISTAT in conformità alle pertinenti disposizioni normative europee e nazionali in materia di comunicazione e diffusione dell'informazione statistica ufficiale.

#### Art. 23 Penali

In caso di inadempienza da parte della Società rispetto a quanto indicato agli artt. 8 – “Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione”, art. 14 “Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio”, e negli altri casi di inadempienza previsti nel presente

Capitolato, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre 10 giorni consecutivi per adempiere ovvero produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 50,00 giornaliera o altro importo commisurato alla gravità dell'inadempienza.

Le penali dovranno essere versate nel termine di 10 giorni dalla data in cui il RUP comunica l'applicazione delle specifiche penali. Decorso tale termine, il Contraente potrebbe provvedere, senza necessità di messa in mora e con semplice provvedimento amministrativo, all'incameramento di una quota della cauzione definitiva pari all'ammontare della penale comminata.

#### Art. 24 Pagamenti a favore dell'Ateneo

In base alla normativa vigente, l'Università degli Studi di Perugia, deve incassare mediante il nuovo sistema dei pagamenti PagoPa, quindi tutte le somme da corrispondere all'Ateneo a qualunque titolo (risarcimento, rimborso, pagamento ...) dovranno avvenire attraverso il suddetto metodo.

E' esclusa ogni altra forma di pagamento.

#### Art. 25 Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

### Sezione 2 – Norme che regolano l'assicurazione spese mediche

#### Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

La Centrale Operativa di assistenza che agisce per conto della Società/Coassicuratrici, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli, relativi alle spese mediche documentate dall'Assicurato e sostenute dallo stesso a causa di un Infortunio occorso o di una malattia manifestatasi durante un viaggio Assicurato fuori dall'Italia in un paese extra U.E., in seguito al ricovero in Ospedale o comunque in connessione con le cure ricevute presso una struttura sanitaria/studio medico.

Le garanzie previste dal presente capitolato sono operanti a favore di professori, dipendenti (personale tecnico-amministrativo, cel, ecc...), studenti, studenti Erasmus, ricercatori, dottorandi, assegnisti, borsisti e comunque autorizzati "dall'Università degli Studi di Perugia" che si recano all'estero (Paesi extra UE) nell'ambito di studi, scambi o accordi culturali.

Le spese mediche coperte direttamente dalla Società per mezzo della Centrale Operativa di Assistenza, sono quelle indicate dal medico che ha prestato assistenza all'Assicurato e comunque includono:

- prestazioni mediche ed anestesilogiche;
- ricovero ospedaliero e uso di una sala operatoria;
- esami diagnostici, di laboratorio e per immagini;
- servizi di autoambulanza;
- medicinali/farmaci.

Verranno rimborsate dalla Società anche le spese sostenute per infortunio o malattia manifestatesi entro 365 giorni dal rientro in Italia o nel Paese di residenza principale. In caso di rientro in Italia o nel Paese di residenza principale la presente garanzia cesserà di avere effetto in favore della garanzia prevista all'art. 3 se applicabile.

La garanzia deve intendersi operante, in deroga a quanto disposto dal presente articolo, anche in assenza di ricovero, fermo il massimale di 2.500.000,00, ma con il limite di € 100.000,00 per sinistro.

La Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Compagnia, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli. All'atto di stipula della polizza, pertanto, la Società è tenuta a comunicare il/i numero/i della Centrale Operativa di Assistenza che dovrà garantire un'assistenza/copertura immediata e h24.

Per l'attivazione della copertura, l'Ateneo dovrà trasmettere direttamente alla Società un modulo (allegato A – il cui modello dovrà essere predisposto dalla Società), contenente le generalità dell'assicurato, il luogo di destinazione, la data di inizio e termine della missione estera (extra UE) e quant'altro richiesto dalla Società. Detto modulo dovrà essere compilato dal soggetto Assicurato e firmato e timbrato quale preventiva accettazione, dal Responsabile della Struttura di appartenenza.

La richiesta di prestazione dovrà essere effettuata esclusivamente contattando il numero di assistenza previsto, per la presa in carico diretta.

Nel caso di un ricovero in ospedale o comunque di un'emergenza medica che comporti la necessità di prestazioni mediche, l'Assicurato, una persona che viaggia con lui, o l'autorità o l'ente medico che lo ha in cura, devono mettersi nel più breve tempo possibile in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza, per verificare la copertura assicurativa e organizzare le cure mediche opportune.

#### Art. 2 Spese mediche successive al rientro

A seguito di un ricovero indennizzabile ai sensi dell'Art. 1, successivamente al rientro nel Paese di Residenza Principale o in Italia, la Società rimborserà all'Assicurato le seguenti spese, fino al limite d'indennizzo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila):

- le spese mediche rese necessarie in conseguenza dell'intervento chirurgico avvenuto all'estero, se indennizzabile ai sensi di polizza;
- esami, medicinali e trattamenti fisioterapici e rieducativi per il trattamento dell'Infortunio o Malattia occorsi durante il Viaggio Assicurato, se indennizzabile ai sensi di polizza, che costituiscano la continuazione del trattamento iniziato durante il Viaggio di Lavoro Assicurato.

Tutte le spese dovranno essere sostenute entro 90 giorni dalla data in cui l'Assicurato ritorna nel suo Paese di Residenza Principale o in Italia.

#### Art. 3 Sistemazione della casa successiva al rientro

A seguito di un Infortunio occorso o di una Malattia manifestatasi durante un Viaggio di Lavoro Assicurato fuori dal Paese di Residenza Principale e fuori dall'Italia, la Società risarcirà l'Assicurato dei costi sostenuti per:

- modifiche all'accesso dell'abitazione ove l'Assicurato risulti residente quali: costruzioni di rampe e scivoli, sistemi di sopraelevazione, allargamento varchi di accesso, sostituzione porte a seguito di allargamento dei varchi. Sono comprese le modifiche interne all'abitazione e al fabbricato pertinente;
- sostituzione della vasca, della doccia, dei sanitari e installazione di maniglie speciali per il loro utilizzo presso l'abitazione ove l'Assicurato risulti residente;

a condizione che si verifichino tutte le seguenti circostanze:

- i lavori di ristrutturazione dell'appartamento o del fabbricato abbiano inizio entro 90 giorni dal rientro nel Paese di Residenza Principale;
- i lavori di ristrutturazione delle parti condominiali del fabbricato siano deliberate entro 6 mesi dal rientro nel Paese di Residenza Principale e abbiano inizio entro 90 giorni dalla delibera di approvazione dei preventivi proposti;
- a seguito dell'infortunio o malattia sia stata resa dal medico curante una prognosi che preveda un deficit nella deambulazione tale da essere necessario l'utilizzo della sedia a rotelle per un periodo non inferiore ad un anno.

Sono compresi sia i costi di progettazione che quelli di realizzazione. Ai fini dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare la seguente documentazione:

- copia della denuncia di inizio lavori;
- copia del progetto di modifica dell'abitazione e del fabbricato pertinente;
- copia della delibera condominiale di inizio lavori;
- copia della prognosi attestante il diritto all'indennizzo;
- originale delle fatture comprovanti il dettaglio delle spese sostenute;
- certificato di residenza.

Il limite massimo d'indennizzo per la presente garanzia è di € 30.000,00 (trentamila) per sinistro.

#### Art. 4 Consulti medici telefonici

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale potrà, mettendosi in comunicazione con il servizio medico della Centrale Operativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da seguire.

#### Art. 5 Segnalazione di un medico specialista

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.

#### Art. 6 Interprete a disposizione all'estero

L'Assicurato ricoverato in un istituto di cura all'estero che ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua del posto può richiedere l'interprete. La Centrale Operativa invia in ospedale un interprete per i colloqui giornalieri con i medici che hanno in cura l'Assicurato.

La garanzia è prestata fino al limite di € 1.500,00 (millecinquecento).

#### Art. 7 Traduzione della cartella clinica

Qualora l'Assicurato necessiti della traduzione della propria cartella clinica rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero durante il viaggio, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo o tedesco. La traduzione avverrà solo con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in Italia sul trattamento dei dati personali.

#### Art.8 Invio di farmaci essenziali

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

#### Art.9 Viaggio di un familiare

Qualora l'Assicurato, sia ricoverato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e, previo accertamento tra i medici di guardia della Centrale Operativa ed i medici curanti sul posto, non possa essere dimesso entro 7 (sette) giorni dalla data del ricovero e richieda di essere raggiunto da un familiare, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvede ad organizzarne il viaggio mettendo a disposizione un biglietto andata e ritorno, in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi; sono escluse tutte le altre spese.

#### Art.10 Spese di viaggio d'emergenza

In caso di prolungamento del soggiorno dell'Assicurato e ritardo del rimpatrio a causa di particolari condizioni cliniche, certificate dal medico curante in loco, tali che ne sconsigliano il trasporto, la Centrale Operativa di Assistenza per conto della Società anticiperà all'Assicurato sino a € 300,00 (trecento) al giorno le spese di albergo sostenute in loco sino a che il rimpatrio non sia fattibile.

In tal caso, ove un dipendente della Contraente che viaggiava con l'Assicurato resti con lo stesso per assisterlo, il rimborso verrà esteso alle spese alberghiere e del costo di rimpatrio sostenute dal predetto dipendente fino alla concorrenza massima di € 5.000,00 (cinquemila); la presente garanzia è valida per un solo dipendente della Contraente, non essendo oggetto di copertura le spese sostenute da ulteriori dipendenti.

#### Art. 11 Trasporto ad un centro ospedaliero

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato necessiti di trasferimento presso un Ospedale, 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 1° classe, autoambulanza o altro mezzo ritenuto idoneo. Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società e anticipati dalla Centrale Operativa di Assistenza restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma.

#### Art. 12 Costi di salvataggio e ricerca

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato necessiti l'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 corrisponderà fino a € 25.000,00 (venticinquemila) per i costi necessari al ritrovamento.

#### Art. 13 Rimpatrio sanitario

In caso di necessità di rientro al domicilio nel Paese di Residenza Principale tramite trasporto sanitario, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il rimpatrio a totale carico della Centrale Operativa di Assistenza. 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 1° classe;
- autoambulanza;
- altro mezzo ritenuto idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma.

#### Art.14 Rimpatrio dell'assicurato convalescente

L'Assicurato può richiedere di rientrare alla sua residenza se dopo una malattia o un infortunio è convalescente e non può usare il mezzo di trasporto inizialmente previsto per il viaggio di ritorno. La Società, tramite la Centrale Operativa, provvede ad organizzare il viaggio mettendo a disposizione un biglietto ferroviario (prima classe) o un biglietto aereo (classe economica) e tenendo a proprio carico i relativi costi; sono escluse tutte le altre spese.

La garanzia è prestata fino al limite di € 1.000,00 (mille) per sinistro.

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

#### Art.15 Rimpatrio dell'assicurato in caso di atto di terrorismo o sabotaggio o assalto

Qualora l'Assicurato fosse vittima diretta di un Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto o da cui derivassero lesioni fisiche o stato di shock obiettivamente constatabili, la Centrale Operativa predisporrà, sostenendone i costi, il rimpatrio dell'Assicurato presso

il suo Paese di residenza. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei sarà organizzato e gestito dalla Centrale Operativa.

#### Art.16 Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato, in seguito a decesso o ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un familiare (coniuge, convivente more uxorio, figlio/a, fratello/sorella, genitore, suocero/a, generi o nuore, nipote), debba rientrare anticipatamente alla propria residenza, la Società, tramite la Centrale Operativa, organizzerà il viaggio andata/ritorno dell'Assicurato in aereo (classe turistica) tenendone a proprio carico le relative spese.

La garanzia è prestata fino al limite di €. 1.500,00 (millecinquecento).

#### Art.17 Rientro dell'assicurato nel luogo di trasferta

Se dopo il rimpatrio dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, e nel caso in cui lo stato di salute fosse consolidato e stabilizzato, la Centrale Operativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) affinché l'Assicurato possa rientrare nel Paese della Trasferta.

#### Art. 18 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 del Paese di Residenza Principale. I costi di trasporto sono a carico della Società, restando inteso che la stessa non assume alcuna responsabilità in relazione agli incidenti occorsi nell'ambito del trasporto in Ospedale, limitandosi la Società ad organizzare e pagare i necessari servizi di trasporto, prestati da parti terze operanti in via autonoma. Il costo del feretro, i costi di sepoltura, trattamenti post-mortem, esequie, sono coperti sino ad un totale di € 8.500,00 (ottomila cinquecento).

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasporto della salma in Italia o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Società, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione di un familiare un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (prima classe) per presenziare alle esequie.

Qualora si rendesse necessario il riconoscimento della salma, la Società metterà a disposizione di un familiare un biglietto andata/ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (prima classe).

La garanzia è prestata senza alcun limite di spesa per sinistro.

#### Art. 19 Rimborso per spese urgenti

Le spese sostenute direttamente dall'Assicurato a seguito di infortunio o malattia manifestatasi in viaggio per ragioni di emergenza/urgenza saranno rimborsate dalla Società, qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di contattare immediatamente la Centrale Operativa di Assistenza anche tramite terze persone.

L'onere di provare l'urgenza delle spese e l'impossibilità di contattare la Centrale Operativa di Assistenza graverà sull'assicurato.

#### Art. 20 Esclusioni

La Società pagherà solamente le spese per le cure mediche prescritte da un Medico autorizzato o prestate da un ospedale riconosciuto. L'indennità non sarà fornita per nessun danno risultante interamente o in parte:

1. dall'assunzione da parte dell'Assicurato di qualsiasi farmaco, medicazione

- o trattamento non prescritto dal Medico;
- 2. da un tasso di alcol nel sangue dell'Assicurato uguale o superiore a quello fissato dalle leggi del luogo che regolano l'uso di autoveicolo. L'esclusione opera solo quando alla guida di un veicolo;
- 3. da suicidio, tentato suicidio o lesione auto-inflittasi intenzionalmente;
- 4. da viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, in ogni caso, intrapreso con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico-chirurgici.

L'indennità inoltre non verrà fornita per spese sostenute per:

- a) cure mediche nel Paese di Residenza Principale dell'Assicurato o in Italia, salvo quanto disposto all'Art. 3;
- b) gravidanza; eccetto complicazioni di gravidanza entro i primi 6 mesi di gestazione;
- c) patologie psichiatriche e nevrosi;
- d) malattie trasmesse sessualmente, AIDS, infezioni da HIV e infezioni connesse all'AIDS;
- e) interventi di chirurgia estetica, fatta eccezione per gli interventi di chirurgia plastica resi necessari da un infortunio coperto dalla polizza;
- f) cure di riabilitazione di qualsiasi genere praticate in conseguenza di infortuni o malattie, trattamenti psicoanalitici, soggiorni in una casa di riposo, trattamenti fisioterapici e di disintossicazione, salvo quanto disposto all'Art. 3;
- g) cure oftalmologiche, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, cure dentistiche e protesi dentarie, a meno che non siano le conseguenze dirette di un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- h) cure prestate da un chiropratico o un osteopata;
- i) check-up medici non relativi a una situazione di emergenza medica;
- j) vaccinazioni e relative complicazioni.

#### Art. 21 Categorie assicurate

##### Categoria n. 1

nr. 200 Studenti, Studenti Erasmus e dottorandi a fini di studio e a fini di tirocinio presso sedi universitarie e centri di ricerca Extra Unione Europea

##### Categoria n.2

- nr. 100 Professori, Ricercatori, Personale Tecnico - Amministrativo per attività di docenza, ricerca, convegni... presso sedi universitarie extra Unione Europea;

Art. 22 Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata nei paesi extra UE.

Art. 23 Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai settanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 24 SOMME ASSICURATE PRO CAPITE, FRANCHIGIE

Per le categorie 1 e 2 di cui all'art. 11, in occasione di viaggi e/o missioni in paesi extra UE, la garanzia deve intendersi operante, in deroga a quanto disposto dal presente articolo, anche in assenza di ricovero, fermo il massimale di 2.500.000,00, ma con il limite in assenza di ricovero di € 100.000,00 per sinistro.

Rischio assicurato	Somma assicurata	Franchigia
Spese per ricovero	€ 2.500.000,00	nessuna

Art. 25 PARAMETRI DI CALCOLO DEL PREMIO

Categoria	Nr. giornate	€	Totale
Categoria 1	5000	.....	.....
Categoria 2	300	.....	.....
TOTALE PREMIO ANNUO LORDO			.....

La Società

.....

Il Contraente

.....