

Capitolato speciale di polizza - lotto V Sanitaria

LOTTO V
CAPITOLATO SPECIALE POLIZZA RIMBORSO SPESE MEDICHE
A favore dei Dipendenti, Collaboratori e Docenti dell'Università
durante le missioni effettuate all'estero

CIG: 71260824E5

Contraente:

Università degli Studi di Perugia
Piazza dell'Università, n. 1 – cap 06123 (PG)
P. IVA: 00448820548

Durata del contratto

Dalle ore 00.00 del:	1.1.2018
Alle ore 24.00 del:	31.12.2020
Proroga:	mesi 12 (dodici)

SOMMARIO

DEFINIZIONI

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Durata dell'assicurazione

Art. 2 – Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Art. 3 – Regolazione del premio

Art. 4 – Modifiche del contratto

Art. 5 – Variazione del rischio

Art. 6 – Revisione dei prezzi ed altre clausole contrattuali

Art. 7 – Clausola di recesso

Art. 8 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Art. 9 – Diminuzione del rischio

Art. 10 – Pagamento dell'indennizzo

Art. 11 – Recesso in caso di sinistro

Art. 12 – Oneri fiscali

Art. 13 – Foro Competenze

Art. 14 – Interpretazione del contratto

Art. 15– Rinvio alle norme di Legge

Art. 16 – Altre assicurazioni

Art. 17 – Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Art. 18 – Rinuncia alla rivalsa

Art. 19 – Coassicurazione e delega

Art. 20 – Produzione informazione sui sinistri

Art. 21 – Gestione data base del Committente

Art. 22 – Tracciabilità dei flussi finanziari

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 23 – Oggetto dell'assicurazione

Art. 24- Spese mediche successive al rientro

Art. 25- Sistemazione della casa successiva al rientro

Art. 26 – Spese di viaggio d'emergenza

Art. 27 – Invio di farmaci essenziali

Art. 28 – Trasporto ad un centro ospedaliero

Art. 29– Costi di salvataggio e ricerca
Art. 30 – Rimpatrio sanitario
Art. 31 – Rimpatrio della salma e spese funebri
<i>PRESTAZIONI</i>
Art. 32 – Esclusioni
Art. 33 Categorie Assicurate
Art. 34 – Limiti territoriali e di risarcimento
Art. 35- Limiti di età
Art. 36 – SOMME ASSICURATE PRO CAPITE, FRANCHIGIE
Art. 37 – PARAMETRI DI CALCOLO DEL PREMIO

DEFINIZIONI

Alle seguenti denominazioni, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

SOCIETÀ:	la Compagnia Assicuratrice
CONTRAENTE:	Università degli Studi di Perugia
ASSICURATO:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
RISCHIO:	la possibilità che si verifichi il sinistro
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione
POLIZZA:	il documento che prova l'assicurazione
PREMIO:	la somma dovuta 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 l'assicurazione
INDENNIZZO:	la somma dovuta dalla Società in caso di danno conseguente ad un 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, un'invalidità permanente 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, in misura totale della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria normale attività

RICOVERO:

degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento

DAY HOSPITAL:

degenza in istituto di cura in esclusivo regime diurno

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – Durata dell'assicurazione

La durata del presente contratto è fissata in anni TRE (3) con effetto alle ore 00.00 del 1.1.2018 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2020.

Alla relativa scadenza, il contratto cesserà automaticamente, senza obbligo di preventiva comunicazione tra le Parti.

Alla scadenza definitiva del presente contratto, su richiesta del Contraente, la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo di 12 mesi oltre la scadenza contrattuale.

Sarà comunque facoltà delle Parti rescindere il contratto al termine di ogni periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 2 – Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Il rischio di cui alla presente polizza dovrà essere messo in copertura dalle ore 00.00 del 1.1.2018 da parte della Società Delegataria e delle Società Coassicuratrici.

Le Società avranno il diritto al pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 60 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le date di scadenza contrattualmente stabilite ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 Cod. Civ..

Il premio del presente contratto ha frazionamento annuale con scadenze di rata al 31.12 di ogni annualità.

I premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso Equitalia Servizi S.p.A., ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere in copertura il rischio di cui trattasi, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta Equitalia Servizi S.p.A..

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 ed essere intestate a Università degli Studi di Perugia Ufficio Appalti, Piazza dell'Università,1 Codice Univoco: 99NQWX.I pagamenti saranno effettuati a mezzo mandato entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento delle singole fatture, previa acquisizione del DURC regolare e attestazione di regolare esecuzione del servizio.

In caso di ritardo sui pagamenti all'appaltatore saranno dovuti gli interessi legali al tasso vigente.

Art. 3 – Regolazione del premio

Il premio verrà anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza e sarà regolato a fine di ogni annualità assicurativa, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio dei premi.

A tale scopo entro 90 giorni dalla fine di ogni annualità assicurativa o della minor durata del contratto, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società i dati necessari al conteggio del

premio definitivo. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. Conseguentemente l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 60 giorni dalla ricezione della relativa comunicazione.

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

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

Art. 4 – Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 – Variazione del rischio

1. 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.

2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate possono concernere, a titolo esemplificativo, i mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente, (variazione significativa del numero dei dipendenti, adozione di strumenti di riduzione del rischio, delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte, etc.).

3. L'Amministrazione contraente non è tenuta a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – Revisione dei prezzi ed altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore può segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 5 e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del d.lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

2. L'Amministrazione contraente, entro 30 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

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

Art. 7 – Clausola di recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 6 comma 3 tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

2. L'Assicuratore ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro il termine di 30 (trenta) giorni dalla ricezione della comunicazione di mancata accettazione della proposta di cui al

comma 1 dell'art. 6 ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

3. Qualora alla data di effetto del recesso l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. L'Amministrazione contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 21 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 8 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.

1. Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successivi al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 6 e 7 e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 6 dalla ricezione della citata dichiarazione.

Art. 9 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinunciano al relativo diritto di recesso.

Art. 10 – Pagamento dell'indennizzo

Valutato il danno, verificata l'operatività della garanzia e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo.

Art. 11 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ciascun sinistro liquidato nell'anno assicurativo e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, entrambe le Parti possono recedere dal contratto con preavviso di 90 giorni; se viene intimata dalla Società, essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio imponibile, relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 12 – Oneri fiscali

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

Art. 13 – Foro competente

Il Foro competente è esclusivamente quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede sociale dell'Assicurato.

Art. 14 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

Art. 15 – Rinvio alle norme di Legge

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

Art. 16 – Altre assicurazioni

E' data facoltà al Contraente di non comunicare:

- altre assicurazioni che avesse o che stipulasse in futuro con altre Società per gli stessi rischi assicurati dalla presente polizza;

- eventuali contratti individuali che gli assicurati avessero stipulato o stipulassero anche per proprio conto.

Art. 17 – Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente.

Art. 18 – Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto spettante all'Assicuratore, che abbia pagato l'indennità, di surrogarsi (V. art. 1916 Cod. Civ.) nei diritti dell'Assicurato, che potrà così esercitarli integralmente nei confronti dei terzi responsabili.

Art. 19 – Coassicurazione e delega

Qualora l'Assicurazione fosse ripartita per quote fra diverse Società coassicuratrici indicate nel contratto di Assicurazione, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della relativa quota, quale risulta dal Contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla 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 nell'atto suddetto (polizza o appendice) a firmarlo anche in loro nome e per loro conto. Pertanto la firma apposta dalla direzione della Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Art. 20 – Produzione di informazioni sui sinistri

1. Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, pena l'applicazione delle penali di cui al successivo comma 2, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente ed al Broker l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto.

Tale elenco dovrà essere fornito in formato digitale tramite file modificabili e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la tipologia di rischio assicurato (ramo assicurativo);
- la tipologia di indennizzo (diretto o indiretto);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati: a) sinistro agli atti, senza seguito; b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

2. In caso di mancato rispetto di quanto previsto al comma 1 nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 0,5% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari a 5.000,00.

3. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione, d'intesa con l'Assicuratore, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.

4. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

Art. 21 – Gestione data base del Committente

1. L'Assicuratore si impegna a fornire tempestivamente all'Amministrazione contraente le informazioni relative all'accadimento di ogni sinistro potenzialmente rientrante nell'ambito della SIR. La comunicazione riguarda anche la liquidazione, parziale dei sinistri.

2. L'Amministrazione contraente ha facoltà di richiedere informazioni puntuali sui singoli sinistri, concordando con l'Assicuratore la tempistica e le modalità per il rilascio delle stesse.

3. L'Amministrazione contraente detiene un proprio database relativo ai sinistri rientranti nelle quote di SIR e rende disponibili, a richiesta dell'Assicuratore, i dati relativi agli stessi.

Art. 22 – Tracciabilità dei flussi finanziari

Le Parti si obbligano a rispettare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti ai sensi della Legge 136/2010 e successive modifiche ed integrazioni.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE SPESE MEDICHE

Art. 23 – Oggetto dell'assicurazione

La Società rimborserà le 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 dal Paese di residenza principale e fuori dall'Italia, in seguito al ricovero in Ospedale, o comunque in connessione con le cure ricevute presso una struttura sanitaria/studio medico.

Le spese mediche coperte sono quelle indicate dal medico che ha prestato assistenza all'Assicurato e includono:

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

Verranno rimborsate o tenute a carico della Società le spese sostenute all'Esterio durante il viaggio assicurato entro 365 giorni dalla data dell'infortunio o della manifestazione della malattia. 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. 25 se applicabile.

Per le categorie assicurate 3 e 4 di cui all'art. 33 (in paesi Extra UE), in caso di ricovero in Ospedale, la Centrale Operativa di Assistenza, agendo per conto della Compagnia, prenderà in carico direttamente i costi, anticipandoli, unicamente nel caso in cui ciò si renda necessario per l'ammissione dell'Assicurato nella struttura ospedaliera.

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.

Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato nei casi sopra elencati verranno rimborsate solo se preventivamente 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 entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza.

Art. 24 – Spese mediche successive al rientro

A seguito di un ricovero indennizzabile ai sensi dell'Art. 23, 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. 25 – 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 45 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 45 giorni dalla delibera;
- 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 € 25.000,00 (venticinquemila) per sinistro.

Art. 26 – 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 rimborserà 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. 27 – 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'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.

Art. 28– 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, 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. 29 – 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 rimborserà fino a € 25.000,00 (venticinquemila) per i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

Art. 30 – 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 nel Paese di Residenza Principale tramite trasporto sanitario, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà ad organizzare il rimpatrio. 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. 31 – 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 €7.500,00 (settemilacinquecento).

Art. 32 – 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. 25;
- 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. 25;
- 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. 33 – Categorie assicurate

Categoria n. 1

nr. 670 studenti e dottorandi a fini di studio e a fini di tirocinio presso sedi universitarie e centri di ricerca dell'Unione Europea;

Categoria n. 2

- nr. 124 professori e ricercatori per attività di docenza e ricerca presso sedi universitarie dell'Unione Europea;

Categoria n. 3

nr. 102 studenti e dottorandi a fini di studio e a fini di tirocinio presso sedi universitarie e centri di ricerca Extra Unione Europea

Categoria n.4

- nr. 12 professori e ricercatori per attività di docenza e ricerca presso sedi universitarie extra Unione Europea;

Art. 34 – Limiti territoriali e di risarcimento

L'assicurazione viene prestata per tutto il mondo. In ogni caso il pagamento delle indennità verrà effettuato in Italia in Euro.

Art. 35 – 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. 36 - SOMME ASSICURATE PRO CAPITE, FRANCHIGIE

Per le **Categorie 1 e 2** le somme assicurate e le franchigie sono le seguenti:

Rischio Assicurato	Somma Assicurata	Franchigia
Spese per Ricovero	€ 2.500.000,00	Quanto rimane a carico del SSN

Per le **Categorie 3 e 4** le somme assicurate e le franchigie sono le seguenti:

Rischio Assicurato	Somma Assicurata	Franchigia
Spese per Ricovero	€ 2.500.000,00	Nessuna

Art. 37 - PARAMETRI DI CALCOLO DEL PREMIO

Categoria n. 1

Nr. giornate 20000 x Euro xxxxxx

Categoria n. 2

Nr. giornate 6000 x Euro xxxxx

Numero giornate complessive 26.000

Categoria n. 3

Nr. giornate 5000 x Euro xxxxxx

Categoria n. 4

Nr. giornate 100 x Euro xxxxx

Numero giornate complessive 5.100

TOTALE PREMIO ANNUO LORDO XXXXXXXXXXXX