

Lotto n°3
Capitolato Speciale

POLIZZA DI ASSICURAZIONE PER IL RIMBORSO DELLE SPESE MEDICHE DIPENDENTI E STUDENTI ALL'ESTERO

Stipulata tra:

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
CAMERINO**

Piazza Cavour, 19/F
62032 Camerino
P.IVA n° 00291660439
C.F. 81001910439

[Nome Società]

Via.....
Cap.....Città.....
P.IVA n°

Effetto: dalle ore 24.00 del 31/12/2023
Cessazione: alle ore 24.00 del 31/12/2026
Premio lordo annuale €.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Indice

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata.....	4
Art. 1 – Definizioni	4
Art. 2 - Soggetti assicurati.....	5
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione.....	6
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto	6
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori.....	6
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	6
Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia.....	6
Art. 5 – Revisione del prezzo	9
Art. 6 – Recesso della Società.....	9
<i>Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente.....</i>	<i>9</i>
<i>Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio</i>	<i>9</i>
<i>Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso</i>	<i>9</i>
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	10
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	10
Art. 9 - Oneri fiscali	10
Art. 10 - Foro competente	10
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	10
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società	10
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	10
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio.....	11
Art. 15 - Clausola Broker	11
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n°. 136/2010	12
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge	12
Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione	12
Art. 19- Trattamento dei dati	12
Art. 21 - Coassicurazione e Delega	13
Art. 22– Clausole vessatorie	13

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione Sanitaria per Malattie ed Infortuni	14
Art. 1 – Norme che regolano l'assicurazione Sanitaria per Malattie ed Infortuni	14
Art.2 - Oggetto della copertura	14
Art. 3 - Limiti di indennizzo per persona e patologia	15
Art. 4 - Carenze	15
Art. 5 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni	15
Art. 6 - Limiti territoriali.....	16
Art. 7 - Eventi naturali catastrofici.....	17
Art. 8 - Rischio guerra	17
Art. 9 - Obblighi in caso di sinistro.....	17
Art. 10 - Criteri di liquidazione - Pagamento dell'indennizzo.....	17
Art. 11 - Controversie e arbitrato irrituale	18
Art. 12 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione	18
Riparto di coassicurazione	19

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato:	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Broker:	Marsh S.p.A., iscritta al R.U.I. al n° B000055861.
Comunicazioni:	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Franchigia	L'importo prestabilito di danno che rimane a carico dell'Assicurato
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Carenza	Il periodo di tempo che intercorre tra l'effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia
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.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
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.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente

Data.....

Timbro e firma per accettazione.....

	autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Ricovero/degenza	Degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.
Intervento chirurgico	Provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante. Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura.
Trattamento di fisiokinesiterapia	Terapie specifiche (marconiterapia, radar terapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in strutture sanitarie autorizzate.
Visita specialistica	Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.
Malattia in atto	Malattia clinicamente accertata o presente con sintomi oggettivi. Malattie e sintomi possono risultare sia da dichiarazioni rese in questionario, se richiesto, sia da dichiarazioni o documentazione medica fornite anche in data posteriore alla stipulazione della polizza.
Malattia terminale	Malattia a prognosi infausta per la sopravvivenza dell'Assicurato che comporta la non autosufficienza (incapacità a mantenere una vita indipendente o a svolgere le comuni attività quotidiane quali: camminare, lavarsi, vestirsi, mangiare, alzarsi dal letto/mettersi a letto).
Malformazione/difetto fisico	Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata dal personale in possesso di specifico diploma.
Centri diagnostici	Strutture poliambulatoriali regolarmente autorizzate per le indagini diagnostiche.
Day hospital/day surgery	La degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata dalla cartella clinica.

Art. 2 - Soggetti assicurati

Le garanzie previste dal presente capitolato sono operanti esclusivamente a favore di:

Dipendenti e/o collaboratori che si recano all'estero per ordine e per conto dell'Università;

Tutti gli studenti e laureati in mobilità e quelli partecipanti al progetto ERASMUS/LEONARDO sia nei paesi UE che extra UE per tesi, tirocinio o double degree.

Si precisa che gli inserimenti non devono essere comunicati alla compagnia; i dati relativi ai soggetti assicurati con indicazione dell'inizio e fine della copertura saranno desumibili dalla documentazione dell'Ente. La regolazione del premio avverrà alla fine della annualità assicurativa sulla base dei dati comunicati dall'Ente (Art. 25)

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

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

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza. Per quanto coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

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, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione

La presente polizza decorre dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2023 e scadrà alle ore 24.00 del 31 dicembre 2026.

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza di detto periodo.

Si conviene tuttavia che il Contraente ha la facoltà di rescindere il contratto anche ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi tre mesi prima della suddetta scadenza.

Ove ne ricorrano le condizioni previste dalla Legge, il Contraente può richiedere il rinnovo in accordo tra le parti del contratto per ulteriori tre anni ed a condizioni contrattuali-economiche pari a quelle originarie, inoltrando richiesta scritta alla Società entro tre mesi antecedenti la scadenza.

Il Contraente inoltre, si riserva la facoltà di notificare la proroga del contratto di 180 (novanta) giorni dopo la scadenza, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto, mediante comunicazione da inoltrarsi con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia (opzione base)

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 31/12/2023 e al 31/12 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 60 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (31/12/2023), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 60 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

A tale scopo, 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.

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

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 4 – Pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia (opzione migliorativa)

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 31/12/2023 e al 31/12 di ogni scadenza anniversaria.

Il Contraente è tenuto a pagare il premio dell'assicurazione stabilito nella polizza, con applicazione a ciascuna delle rispettive scadenze, anche in caso di rinnovo o proroga, di una mora di 90 giorni. Pertanto l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza (31/12/2023), se la prima rata di premio è stata pagata entro i 90 giorni successivi.

Se il Contraente, entro il termine di mora, non paga il premio o la prima rata di premio, i premi successivi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

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

A tale scopo, 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 90 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.

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

- c) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- d) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 – Revisione del prezzo

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto", ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del decreto legislativo n.50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata ma non oltre il 50% del premio originario.

A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

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

Art. 6 – Recesso della Società

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

Art. 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 il 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 dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 "Revisione del prezzo", presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 (centoventi) giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 6.1 e 6.2, 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. 14 – “Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio” necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate di cui agli art. 6.1 e 6.2, qualora alla data di efficacia dello stesso, il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni (c.d. “proroga tecnica”).

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

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.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) o PEC indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

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. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

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

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

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

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

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

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

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, 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 del sinistro come di seguito elencato:

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

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

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

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

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno 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 euro 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 15 - Clausola Broker

Per l'assistenza nella presente procedura, la Stazione Appaltante dichiara di essersi avvalsa e di avvalersi del servizio di brokeraggio assicurativo, ai sensi del D.Lgs. 209/2005, da parte di Marsh SpA con sede operativa in Ancona – Via Ing. Roberto Bianchi, snc – Tel. 071 95 000 09 Fax: 071 95 000 02, di conseguenza tutti i rapporti inerenti i contratti oggetto della presente gara saranno gestiti, per conto della Stazione Appaltante dal broker.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

La remunerazione del broker è posta a carico della Società aggiudicataria del contratto, nella misura del 10%. Tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Amministrazione appaltante.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa. Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 16 – 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. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19- Trattamento dei dati

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, 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. 21 - Coassicurazione e Delega¹

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 coassicate 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 Coassicate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 22- Clausole vessatorie

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

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

Art.....

<L'indicazione delle suddette clausole è a carico della Società aggiudicataria, che dovrà provvedervi prima della stipula e segnatamente nel termine indicato nel Disciplinare di gara.>

¹ L'assicurazione è ripartita per quota tra le Società indicate nel riparto allegato.

Resta confermato che in caso di sinistro ognuna delle coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Spettabile all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto.

Pertanto, le comunicazioni inerenti alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso ed alla disdetta) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Spettabile la cui firma in calce di eventuali futuri atti impegnerà le Coassicuratrici che in forza della presente clausola ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il presente contratto sia aggiudicato ad associazione temporanea di imprese costituitasi in termini di legge, si deroga totalmente al disposto dell'art. 1911 C.C., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente aggiudicatore. La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

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

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione Sanitaria per Malattie ed Infortuni

Art. 1 – Norme che regolano l'assicurazione Sanitaria per Malattie ed Infortuni

Le condizioni che seguono prevalgono in caso di discordanza sulle norme che regolano l'assicurazione in generale. L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art.2 - Oggetto della copertura

La Società rimborsa all'Assicurato, nei casi di reso necessario da malattia o da infortunio:

A) Le spese sostenute durante il ricovero per:

1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento (compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
2. assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici;
3. rette di degenza;
4. vitto e pernottamento di un accompagnatore nell'Istituto di cura, fino alla concorrenza di un importo di € 100,00 giornalieri.

B) Le spese sostenute prima e dopo il ricovero per:

1. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), prima del ricovero;
2. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari del medico), prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero perché inerenti la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero.
3. l'acquisto o il noleggio, purché inerente la malattia o l'infortunio che hanno determinato il ricovero, nei 90 giorni successivi al ricovero dei seguenti beni:
 - apparecchi ortopedici: stampelle, carrozzine, corsetti e tutori;
 - apparecchi protesici (esclusi occhiali e lenti a contatto);
 - apparecchiature terapeutiche.

Massimo risarcimento per persona e per anno assicurativo pari a € 1.000,00 **(OPZIONE BASE)**

Massimo risarcimento per persona e per anno assicurativo pari a € 1.500,00 **(OPZIONE MIGLIORATIVA)**

4. il trasporto con mezzo sanitariamente attrezzato, idoneo a seconda della gravità del caso:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura in caso di ricovero;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

C) Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia richiesto alla Società alcun rimborso relativo a spese di cui al punto A) che precede, la Società corrisponde per ogni giorno di ricovero, un'indennità sostitutiva pari a € 150,00 con il massimo di 120 giorni per anno e per assicurato.

Tale indennità sostitutiva è richiedibile nel caso in cui il ricovero sia indennizzabile a termini di polizza.

Art. 3 - Limiti di indennizzo per persona e patologia (opzione base)

- Per la categoria DIPENDENTI il limite massimo di indennizzo per persona ed anno ammonta ad euro 150.000,00
 - Per la categoria STUDENTI ERASMUS il limite massimo di indennizzo per persona ed anno ammonta ad euro 50.000,00
- Per entrambe le categorie e per le seguenti tipologie, nell'insieme delle prestazioni previste all'art. 2 sez. 3 sono operanti i seguenti limiti
- Euro 6.000,00 per ernie (salvo quelle discali), varici, emorroidi, appendiciti
 - Euro 8.000,00 per ernie discali

Le spese per il rimpatrio della salma sono coperte con il limite di euro 6.000,00

Art. 3 - Limiti di indennizzo per persona e patologia (opzione migliorativa)

- Per la categoria DIPENDENTI il limite massimo di indennizzo per persona ed anno ammonta ad euro 200.000,00
 - Per la categoria STUDENTI ERASMUS il limite massimo di indennizzo per persona ed anno ammonta ad euro 100.000,00
- Per entrambe le categorie e per le seguenti tipologie, nell'insieme delle prestazioni previste all'art. 2 sez. 3 sono operanti i seguenti limiti
- Euro 6.000,00 per ernie (salvo quelle discali), varici, emorroidi, appendiciti
 - Euro 8.000,00 per ernie discali

Le spese per il rimpatrio della salma sono coperte con il limite di euro 6.000,00

Art. 4 - Carenze

Le garanzie decorrono dalle ore 24 del giorno desumibile dalla documentazione dell'Ente.

Non sono previste carenze.

Art. 5 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

La Società non assicura:

- le persone di età superiore a 75 anni; le persone che raggiungono tale età in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio;
- le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali.

L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà, quindi, restituito dalla Società all'Assicurato.

Mutamenti del rischio dovuti a cause diverse da quelle sopra indicate non configurano aggravamento del rischio stesso.

L'assicurazione non è operante per:

1. malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto;
2. le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichiatrici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
3. le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
4. le prestazioni sanitarie e le cure per l'infertilità, sterilità maschile e femminile e femminile, fecondazione assistita e simili;
5. l'aborto volontario e non terapeutico;
6. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
7. gli infortuni causati dallo stato di ubriachezza dell'Assicurato o dall'effetto di allucinogeni, stupefacenti o psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico dall'Assicurato;
8. gli infortuni avvenuti durante la guida di veicoli causati da crisi epilettiche dell'Assicurato;
9. gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
10. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, se non insorti in corso di contratto;
11. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni, salvo le malformazioni di cui l'Assicurato sia portatore inconscio;
12. la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
13. le prestazioni sanitarie, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico;
14. le protesi dentarie nonché le prestazioni sanitarie e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le paradontopatie);
15. le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
16. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusioni nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
17. le conseguenze di movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche (salvo quanto previsto all'art 20 "eventi naturali catastrofici");
18. le conseguenze di guerre (dichiarate e non dichiarate), insurrezioni, (salvo quanto previsto all'Art 21 "rischio guerra");
19. le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
20. le prestazioni sanitarie e le cure fitoterapiche, idroponiche, dietetiche.
21. i trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il ricovero;
22. gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o dalla partecipazione a gare motociclistiche non di regolarità pura ed alle relative prove.

Art. 6 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero, escluso il territorio italiano e tutti i paesi UE in regime di reciprocità per assistenza sanitaria.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 7 - Eventi naturali catastrofici

La presente assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche.

Art. 8 - Rischio guerra

La presente assicurazioni vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in un paese fino ad allora in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause (guerra ed insurrezione popolare) che colpissero l'assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 9 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'Assicurato o il Contraente deve darne avviso scritto alla Società entro 30 giorni da quando ne ha avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi del art. 1915 C.C.

La denuncia deve essere corredata dalla documentazione medica richiesta come disposto dal successivo Art 23. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché su richiesta della Società sottoposti ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato acconsentendo al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 30.06.2003 n. 196.

Art. 10 - Criteri di liquidazione - Pagamento dell'indennizzo

In caso di:

- Ricovero: alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture ricevute o quietanze e copia conforme della cartella clinica completa;
- Spese di trasporto: alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali comprovanti le spese sostenute.

L'Assicurato e/o i suoi familiari devono far pervenire direttamente alla Società la documentazione suddetta; inoltre, se richiesto a norma dell'ultimo comma dell' art 22, i suddetti devono fornire l'eventuale altra documentazione sanitaria compresi i relativi referti clinici.

La Società, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione relativa al sinistro e computi gli accertamenti del caso, determina l'indennizzo dovuto ne da comunicazione all'interessato e, avuta notizia dell'accettazione provvede al pagamento entro 15 giorni.

La Società inoltre restituisce la documentazione originale ricevuta dall'Assicurato previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere il rimborso il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avviene dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Art. 11 - Controversie e arbitrato irrituale

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo da malattia o sulla natura e/o conseguenza delle lesioni, sulla giustificazione delle spese sanitarie, le Parti si obbligano a conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Ordine Provinciale dei Medici, sede di Facoltà Medica, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 12 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

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 dell'art. 4 – Sezione 2, della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa, la regolazione del premio sarà effettuata su elementi variabili di polizza presi per la determinazione del premio.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le eventuali variazioni.

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro- capite	Totale
Dipendenti e/o collaboratori che si recano all'estero per ordine e per conto della stessa	N. settimane	20		€.....
Studenti e laureati in mobilità e quelli partecipanti al progetto ERASMUS/LEONARDO sia nei paesi UE che extra UE per tesi, tirocinio o double degree	N. mesi	85		

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	.=
-------------------------	---	----

Data..... Timbro e firma per accettazione.....

Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Il Contraente

.....

La Società

.....

Data..... Timbro e firma per accettazione.....