

CAPITOLATO PER L' ASSICURAZIONE

"ASSISTENZA E RIMBORSO SPESE
MEDICHE PERSONALE IN MISSIONE
ALL'ESTERO

LOTTO 6c

CONTRAENTE

POLITECNICO DI MILANO

INDICE

DEFINIZIONI [DEF].....	1
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]	3
DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI	3
Art. 1 Durata dell'Assicurazione – Proroga - Disdetta	3
Art. 2 Pagamento del premio e decorrenza dell'Assicurazione	3
Art. 3 Pagamenti per variazioni con incasso di Premio	3
Art. 4 Forma delle comunicazioni e modifiche dell'Assicurazione	3
Art. 5 Tracciabilità dei Pagamenti	4
Art. 6 Variazione del rischio	4
Art. 7 Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali	4
Art. 8 Clausola di recesso	4
Art. 9 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave	5
Art. 10 Diminuzione del Rischio	5
Art. 11 Interpretazione della Polizza	5
Art. 12 Danni precedenti	5
Art. 13 Esonero denuncia infermità difetti fisici e mutilazioni	5
Art. 14 Esonero denuncia altre Assicurazioni	5
Art. 15 Oneri fiscali	6
Art. 16 Foro competente	6
Art. 17 Rinvio alle norme di legge	6
Art. 18 Trattamento dei dati	6
Art. 19 Coassicurazione e Delega	6
Art. 20 Regolazione del Premio	6
Art. 21 Legittimazione	7
Art. 22 Pagamento dell'Indennizzo	7
Art. 23 Controversie	8
Art. 24 Rinuncia al diritto di rivalsa	8
Art. 25 Recesso in caso di Sinistro	8
Art. 26 Produzione di informazioni sui sinistri	8
CARATTERISTICHE DEL RISCHIO.....	10
CALCOLO DEL PREMIO [PREM].....	10
SEZIONE ASSISTENZA [SEZ ASS].....	12
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	12
Art. 1 Consulti medici telefonici	12
Art. 2 Viaggio di un familiare	12
Art. 3 Prolungamento soggiorno all'estero	12
Art. 4 Trasporto ad un centro ospedaliero	12
Art. 5 Rientro sanitario	12
Art. 6 Trasporto della salma	13
Art. 7 Rientro anticipato	13
Art. 8 Anticipo delle spese di prima necessità	13
CONDIZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE ASSISTENZA.....	14
Art. 9 Effetto e durata della garanzia	14
Art. 10 Esclusioni	14

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

Art. 11	Avviso di Sinistro – Modalità per la richiesta dell'Assistenza	14
Art. 12	Limiti di esposizione	15
Art. 13	Mancato utilizzo delle prestazioni	15
SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE [SEZ RSM].....		16
OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....		16
Art. 1	Rimborso Spese Ospedaliere.....	16
Art. 2	Rimborso Spese Extraospedaliere	16
CONDIZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE		17
Art. 3	Esclusioni.....	17
Art. 4	Limiti di età.....	17
Art. 5	Validità territoriale.....	17
Art. 6	Obblighi in caso di Sinistro	17
Art. 7	Limite massimo d'Indennizzo.....	18
Art. 8	Criteri di liquidazione	18

DEFINIZIONI [DEF]

Assicurazione	Il contratto di assicurazione
Polizza	Il documento che prova e regola l'assicurazione
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta
Assicurato	Il Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
Società	La Compagnia assicuratrice, o il gruppo di Compagnie, che ha assunto la presente assicurazione
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte delle garanzie da essa prestate a termini della presente assicurazione
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
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili
Invalidità Permanente	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato alla svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali
Indennizzo - Indennità	La somma dovuta dalla Società all'Assicurato o agli aventi diritto in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza
Istituto di Cura	Ogni Struttura Sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera
Ricovero	La degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento
Assistenza	L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro
Emergenza	Alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

		pericolo per la vita dell'Assicurato, per la quale risulta necessario l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti
Malattia		Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio
Malattia improvvisa		Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato
Stato patologico		Ogni alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio o malattia
Centrale Operativa		E' la Struttura della Società, o collegata con la Società, costituita da: medici, tecnici, operatori, in funzione tutti i giorni dell'anno 24 ore su 24, che, in nome e per conto della Società stessa, provvede al contatto telefonico con gli Assicurati ed organizza ed eroga le prestazioni previste in polizza
Missione		L'attività svolta al di fuori dell'ordinaria sede di servizio in territorio estero
Congedo alternanza	studio	e come definiti dall'articolo 10 della Legge 18 marzo 1958, n. 311 e s.m.i., dall'articolo 8 della Legge 18 marzo 1958, n. 349 e s.m.i., dall'articolo 17 del D.P.R. 11 luglio 1980, n. 382 e s.m.i.
Estero		Il mondo intero escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino
Franchigia		L'importo stabilito contrattualmente che, in caso di sinistro, resta a carico esclusivo dell'Assicurato, o degli aventi diritto
Limite di indennizzo		La somma massima dovuta dalla Società
Periodo di assicurazione		Il periodo, pari o inferiore a 12 mesi, compreso tra la data di effetto e la data di scadenza annuale

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE [CGA]

DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI CONTRATTUALI

Art. 1 DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA - DISDETTA

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 31.12.2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31.12.2020; a tale data la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta, ferma la possibilità per il Contraente di manifestare, con il preavviso di 30 (trenta) giorni dalla scadenza, l'intendimento al rinnovo per ulteriori tre anni.

E' facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 180 (centottanta) giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 30 (trenta) giorni dall'inizio della proroga.

Art. 2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dal Contraente entro le ore 24 del 31.03.2018.

Le rate di premio successive devono essere pagate entro il 31.03 di ogni anno.

Se il Contraente non paga entro tali termini, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempimento della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Art. 3 PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società.

Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art. 4 FORMA DELLE COMUNICAZIONI E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta; le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 TRACCIABILITÀ DEI PAGAMENTI

La Società è tenuta al pieno rispetto di quanto previsto dall'Art. 3 della Legge 136/2010.

Art. 6 VARIAZIONE DEL RISCHIO

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.

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.

E' altresì convenuto che in caso di modifiche del rischio conseguenti a variazioni legislative, nuove norme e/o regolamenti in virtù delle/i quali venisse meno, per una o più categorie, l'obbligo del Contraente alla prestazione delle garanzie disciplinate dalla presente polizza, ciò non comporterà revisione alcuna delle condizioni aggiudicate in sede di gara e che resteranno quindi in vigore per le restanti categorie assicurate

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. 7 REVISIONE DEI PREZZI E DI ALTRE CLAUSOLE CONTRATTUALI

Per i contratti di durata pluriennale, qualora, a seguito di significative, motivate e circostanziate ipotesi di modifiche del rischio tali da alterare l'equilibrio economico del contratto, l'Assicuratore ritenga indispensabile 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. 6 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.

L'Amministrazione 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 a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 8 CLAUSOLA DI RECESSO

In caso di mancato accordo tra le Parti ai sensi dell'art. 7, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al primo comma dell'art. 7, presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al secondo comma del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

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

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

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.

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione del dettaglio di tutti i sinistri denunciati dal Contraente di cui all'art. 26 "Produzione di informazioni sui sinistri", riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 9 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

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 ai precedenti artt. 7 e 8, e con decorrenza del termine di cui al secondo comma del citato art. 7 dalla ricezione della citata dichiarazione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli Articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile, sempre che il Contraente o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

Art. 10 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Resta altresì convenuto che, a parziale deroga dell'Articolo 1897 del Codice Civile, nei casi di diminuzione di rischio, nonché dei valori assicurati, la riduzione di premio sarà immediata.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (escluse le imposte governative in quanto già versate all'Erario) entro 60 (sessanta) giorni dalla comunicazione e rinuncerà allo scioglimento del contratto ed alla facoltà di recesso ad essa spettante a termini dell'Articolo 1897 di cui sopra.

Art. 11 INTERPRETAZIONE DELLA POLIZZA

In caso di interpretazione dubbia delle clausole di polizza, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole all'Assicurato e/o Contraente.

Art. 12 DANNI PRECEDENTI

L'Assicurato e il Contraente sono esonerati dall'obbligo di dichiarare eventuali danni che avessero colpito i soggetti assicurati.

Art. 13 ESONERO DENUNCIA INFERMITÀ DIFETTI FISICI E MUTILAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente Convenzione o che dovessero in seguito sopravvenire, fermo restando il disposto dell'Articolo "Criteri di indennizzabilità e liquidazione del danno".

Art. 14 ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerata dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio per i medesimi eventi.

Art. 15 ONERI FISCALI

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

Art. 16 FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, è competente, a scelta della Contraente, il Foro ove ha sede la Stessa oppure l'Assicurato.

Art. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 18 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del DLgs 196/03 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 19 COASSICURAZIONE E DELEGA

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato a un raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le imprese sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del contraente.

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote tra le diverse Società indicate nella Scheda Offerta relativa alla presente assicurazione, resta inteso che l'ammontare complessivo dei premi – nei termini disciplinati all'art. 2 – sarà versato interamente alla Società Delegataria che provvederà a dare quietanza complessiva dell'importo incassato.

In caso di sinistro la Società Delegataria (in appresso Società) gestirà e definirà direttamente con il Contraente/Assicurato la liquidazione e le Società Coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, fermo restando la responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì ed in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società Coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società Coassicuratrici.

Art. 20 REGOLAZIONE DEL PREMIO

Poiché il premio è convenuto in base a elementi di rischio variabili, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società i relativi dati consuntivi affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio, che sarà determinato in base agli aumenti o alle diminuzioni degli elementi variabili utilizzati come parametri della prestazione assicurativa garantita.

La Società sarà tenuta ad emettere, entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate rispettivamente dal Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricevimento, da parte del Contraente stesso, del documento di regolazione, correttamente emesso, o dalla Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data di emissione del documento di regolazione.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissare un ulteriore termine, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per la rata futura viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo di assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai propri obblighi, salvo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Nel caso in cui, tuttavia, il Contraente non effettui il pagamento nei suddetti termini a causa di un'inadempienza della Società che, in conformità con quanto disposto dall'Art. 48/bis del DPR 602/73 e s.m.i., abbia reso impossibile il regolare pagamento del premio, la garanzia assicurativa manterrà piena efficacia a condizione che il Contraente, nei termini previsti per il pagamento del premio, abbia formalmente reso nota tale circostanza. In tal caso sarà successivamente obbligo della Società trasmettere nulla osta al pagamento rilasciato dall'agente della riscossione e il Contraente dovrà pagare la rata di premio entro i quindici giorni successivi dal ricevimento di tale documentazione.

Nel caso di contratto definitivamente scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Art. 21 LEGITTIMAZIONE

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza ai CCNL vigenti e/o ad altre obbligazioni esistenti al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato. La Società concorderà direttamente con gli Assicurati l'entità dell'indennizzo dovuto.

Art. 22 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Completata la necessaria documentazione e svolti gli accertamenti del caso, la Società calcola l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, ricevuta la loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Art. 23 CONTROVERSIE

In caso di disaccordo sulla natura o sulle conseguenze di una malattia, di un infortunio, di un intervento chirurgico o comunque di una delle prestazioni previste dal presente contratto o sulla misura dei rimborsi, l'Assicurato può ricorrere ad un Collegio Arbitrale composto da tre medici di cui uno nominato dall'Assicurato, un altro dalla Società e il terzo dai primi due designati o, in difetto, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti remunera, a proprie spese, il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo Medico. In caso il parere del Collegio sia anche solo parzialmente favorevole all'Assicurato, la Società terrà a proprio carico anche le spese di competenza di quest'ultimo.

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

Art. 24 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'Articolo 1916 del Codice Civile.

Art. 25 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica alla presente polizza.

Art. 26 PRODUZIONE DI INFORMAZIONI SUI SINISTRI

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni semestralità 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, l'Assicuratore, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire all'Amministrazione contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato standard digitale aperto (es. CSV) tramite file modificabili (quindi non nella modalità di sola lettura), e non 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 (ad esempio, ramo assicurativo); - la tipologia di indennizzo (se 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, con precisazione scritta delle motivazioni;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

***CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO***

Tutti i sinistri dovranno essere corredati di data di apertura della pratica presso la Società, di data di accadimento del sinistro denunciato, indicazione dei Beni danneggiati e relativa ubicazione, tipologia dell'evento e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

Gli obblighi precedentemente descritti non potranno impedire al Contraente di chiedere e di ottenere un aggiornamento, con le modalità di cui sopra, in date diverse da quelle indicate.

In caso di mancato rispetto di quanto previsto al primo comma del presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere all'Amministrazione un importo pari al 0,05% del premio annuo complessivo per ogni giorno solare di ritardo, con un importo massimo pari al 10% dell'ammontare netto contrattuale.

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.

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 primo comma.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

Le garanzie di cui al presente contratto sono operanti per i Soggetti indicati nel Regolamento Missioni del Politecnico di Milano (emanato con d.r. n. 3400 del 29 luglio 2016) che si rechi all'estero per missioni, nei termini risultata dalla specifica autorizzazione del Politecnico.

Le garanzie di cui al presente contratto sono altresì operanti per il Personale delle varie strutture del Politecnico che si rechi all'estero per congedi di studio e alternanze (come definiti dall'articolo 10 della Legge 18 marzo 1958, n. 311 e s.m.i., dall'articolo 8 della Legge 18 marzo 1958, n. 349 e s.m.i., dall'articolo 17 del D.P.R. 11 luglio 1980, n. 382 e s.m.i.), nei termini risultata dalla specifica autorizzazione del Politecnico.

Le garanzie saranno operative dal momento in cui l'Assicurato lascia la sua abitazione o il luogo di lavoro, per tutta la durata della missione, fino al suo ritorno all'abitazione o sul luogo di lavoro.

Per l'identificazione delle persone assicurate e le specifiche del viaggio, farà fede la documentazione conservata dal Contraente.

CALCOLO DEL PREMIO [PREM]

Il premio è determinato in rapporto al numero dei Soggetti autorizzati alle missioni e/o in congedo studio, nonché al tempo di permanenza all'estero in conformità allo schema che segue. Pertanto il Contraente verserà un premio anticipato calcolato in via preventiva su un numero di 1.800 persone in missione all'estero come segue:

- n. 1.790 persone in missione/trasferta all'estero per un periodo fino a 10 (dieci) giorni, al premio pro-capite di € (come da scheda offerta garanzia assistenza)
- n. 1.790 persone in missione/trasferta all'estero per un periodo fino a 10 (dieci) giorni, al premio pro-capite di € (come da scheda offerta garanzia rimborso spese mediche)
- n. 10 persone in missione/congedo studio all'estero per un periodo oltre 6 (sei) mesi e fino ad 1 anno, al premio pro-capite di €..... (come da scheda offerta garanzia assistenza)
- n. 10 persone in missione/congedo studio all'estero per un periodo oltre 6 (sei) mesi e fino ad 1 anno, al premio pro-capite di €..... (come da scheda offerta garanzia rimborso spese mediche)

Alla fine di ogni periodo assicurativo, il Contraente comunicherà il numero effettivo delle persone autorizzate per le missioni all'estero e, per ognuna, il relativo periodo di permanenza. La Società procederà all'emissione di apposita appendice riepilogativa dei viaggi assicurati e calcolerà il relativo premio secondo il seguente schema:

- **Per i viaggi fino a 10 (dieci) giorni**
 - Sezione Assistenza: N..... degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

- Sezione Rimborso Spese Mediche: N..... degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
- **Per i viaggi fino a 15 (quindici) giorni**
 - Sezione Assistenza: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
 - Sezione Rimborso Spese Mediche: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
- **Per i viaggi oltre i 15 (quindici) giorni e fino a 30 (trenta) giorni**
 - Sezione Assistenza: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
 - Sezione Rimborso Spese Mediche: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
- **Per i viaggi oltre i 30 (trenta) giorni e fino a 6 (sei) mesi**
 - Sezione Assistenza: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
 - Sezione Rimborso Spese Mediche: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
- **Per i viaggi oltre 6 (sei) mesi e fino ad 1 anno**
 - Sezione Assistenza: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;
 - Sezione Rimborso Spese Mediche: N. degli Assicurati moltiplicato il premio pro-capite imponibile indicato nella Scheda Offerta;

E' convenuto che per i viaggi con durata annua, il premio di regolazione sarà computato nei seguenti termini:

- intero premio annuo se la partenza per la missione/trasferta autorizzata è avvenuta nel 1° semestre del periodo assicurativo
- 60% (sessanta per cento) del premio annuo se la partenza per la missione/trasferta autorizzata è avvenuta nel 2° semestre del periodo assicurativo

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

SEZIONE ASSISTENZA [SEZ ASS]

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si impegna ad erogare le seguenti prestazioni:

Art. 1 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. 2 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.

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

Art. 3 PROLUNGAMENTO SOGGIORNO ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa sia impossibilitato, a fronte di regolare certificato medico, a rientrare alla data inizialmente prevista, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvederà ad organizzare il pernottamento originato dal prolungamento del soggiorno.

La Società terrà a carico le relative spese fino a un massimo di 10 (dieci) giorni entro il limite di € 3.000,00 (tremila).

Art. 4 TRASPORTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di trasferimento presso un centro ospedaliero, la Società provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato, sino alla più vicina struttura medica attrezzata per le cure del caso. Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da personale medico e/o paramedico. La garanzia è prestata fino al limite di € 3.000,00 (tremila) per sinistro.

Art. 5 RIENTRO SANITARIO

Qualora le condizioni dell'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbiano richiesto un ricovero ospedaliero e per le dimissioni sia necessario il rientro in Italia tramite trasporto sanitario, la Società tramite la Centrale Operativa, provvede ad organizzare il rimpatrio del paziente con il mezzo più idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da personale medico e/o paramedico.

**CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO**

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico inviato sul posto e che lo accompagnano sono a carico della Società.

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

Art. 6 TRASPORTO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvede ad organizzare il trasporto delle spoglie nel luogo di inumazione in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità sul luogo del decesso. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia, rimanendo a carico dei familiari le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione, nonché l'eventuale recupero della salma.

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. 7 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), 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. 8 ANTICIPO DELLE SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia manifestatisi in viaggio, necessiti di ricovero si trovi a sostenere spese per le quali non gli è possibile provvedere direttamente ed immediatamente, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvede al pagamento della fatture relative alle spese per il ricovero, per conto dell'Assicurato a titolo di prestito senza interessi fino a un massimo di € 2.600,00 (duemilaseicento).

La prestazione è operativa a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire, al momento della richiesta di intervento, adeguate prestazioni bancarie o di altro tipo per la restituzione della somma anticipata.

L'Assicurato è tenuto al rimborso di quanto ottenuto al più presto e comunque, entro 30 (trenta) giorni dalla data dell'anticipo stesso; trascorso tale termine dovrà rimborsare la somma anticipata gravata degli interessi al tasso legale corrente.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 9 EFFETTO E DURATA DELLA GARANZIA

La garanzia ha effetto e validità dal momento dal momento in cui l'Assicurato lascia la sua abitazione o il luogo di lavoro, prosegue per tutta la durata della missione, fino al suo ritorno all'abitazione o al luogo di lavoro.

Art. 10 ESCLUSIONI

La garanzia non comprende i sinistri causati da:

- a. atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni;
- c. sviluppo comunque insorto, controllato o meno - di energia nucleare o radioattività;
- d. abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- e. dolo della Contraente e/o dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o il tentato suicidio;
- f. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere;
- g. malattie preesistenti al momento della stipula del contratto;
- h. i trasferimenti non legati a motivi professionali.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni previste nelle condizioni particolari che regolano le singole prestazioni.

Art. 11 AVVISO DI SINISTRO – MODALITÀ PER LA RICHIESTA DELL'ASSISTENZA

L'Assicurato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale deve contattare la Centrale Operativa.

Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, il numero di polizza, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Assicurato ed il tipo di assistenza richiesto possono essere formulate telefonicamente o a mezzo telegramma, in qualsiasi momento 24 ore su 24, al recapito telefonico della Centrale Operativa.

Sarà cura della Contraente trasmettere a stretto giro, alla Centrale Operativa, copia del consenso dell'Assicurato.

La Centrale Operativa potrà intervenire direttamente o autorizzare esplicitamente gli interventi per ricevere l'assistenza necessaria.

In caso di prestazione indiretta:

- l'Assicurato, i suoi aventi diritto o il Contraente, non appena ragionevolmente possibile, deve informare la Società delle modalità e degli sviluppi della pratica fornendo contestualmente la documentazione medica,

***CAPITOLATO TECNICO per le ASSICURAZIONI a favore
del POLITECNICO DI MILANO***

inclusa eventuale copia della cartella clinica completa, **originali** dei giustificativi di spesa: fatture, ricevute varie;

- l'Assicurato e/o il Contraente deve acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile)

Art. 12 LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali indicati per ogni singola prestazione debbono intendersi comprensivi di imposte ed altri oneri di legge.

Art. 13 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'assicurato, o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE [SEZ RSM]

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si impegna ad erogare le seguenti prestazioni:

ART. 1 RIMBORSO SPESE OSPEDALIERE

La copertura assicurativa riguarda, fino alla concorrenza del massimale di € 250.000,00 (duecentocinquantamila) o maggiore importo indicato nella Scheda Offerta per Assicurato, il rimborso delle spese ospedaliere a seguito di ricovero per infortunio e malattia a decorso acuto con esclusione delle patologie pregresse e delle manifestazioni acute di patologie pregresse per:

1. le prestazioni medico chirurgiche, nonché trattamenti terapeutici, sostenute durante il ricovero in Istituto di cura con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono, ecc.;
2. retta di degenza;
3. le spese sanitarie relative all'intervento chirurgico ambulatoriale.

È facoltà dell'Assicurato, in caso di ricovero ospedaliero, richiedere alla Società il pagamento diretto alle strutture sanitarie delle spese sostenute e indennizzabili a termini di polizza, nell'ambito di quanto stabilito dalle condizioni contrattuali.

ART. 2 RIMBORSO SPESE EXTRAOSPEDALIERE

Nei limiti del 10% (dieci per cento) del massimale relativo al Rimborso delle Spese Ospedaliere, indipendentemente dal ricovero e sempre che rese necessarie da infortunio o malattia a decorso acuto, con esclusione delle patologie pregresse e delle manifestazioni acute di patologie pregresse, sono garantite le spese per:

1. prestazioni mediche;
2. esami diagnostici, di laboratorio e per immagini;
3. medicinali.

Il rimborso delle spese verrà effettuato con applicazione di una franchigia fissa di € 100,00 (cinquanta) per sinistro.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO

CONDIZIONI RELATIVE ALLA SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

AR. 3 ESCLUSIONI

La garanzia non comprende i sinistri causati da:

- a. le conseguenze dirette di stati patologici anteriori alla data di stipulazione della polizza;
- b. l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;
- c. le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d. gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
- e. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici, ovvero ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- f. gravidanza eccetto complicazioni di gravidanza entro i primi 6 (sei) mesi di gestazione;
- g. le cure cellulose tissutali, fisioterapiche, idropiniche e termali in genere nonché le prestazioni aventi finalità estetiche;
- h. le cure dentarie e delle parodontopatie;
- i. l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, fatta eccezione per le spese relative all'acquisto di quelli applicati a seguito di intervento chirurgico;
- j. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati e le accelerazione di particelle atomiche (fissione nucleare isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- k. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

ART. 4 LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione vale per le persone d'età non superiore a 75 (settantacinque) anni.

ART. 5 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il Mondo intero con esclusione dell'Italia e del Paese dove l'Assicurato svolge continuativamente la normale attività lavorativa.

ART. 6 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro

1) l'Assicurato, i suoi aventi diritto o il Contraente, deve darne avviso alla Società entro trenta giorni da quando ne ha avuto conoscenza o da quando ne ha avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica, inclusa eventuale copia della cartella clinica completa.

2) l'Assicurato e/o il Contraente deve acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici curanti.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

ART. 7 LIMITE MASSIMO D'INDENNIZZO

Nel corso di ciascun periodo di assicurazione l'ammontare complessivo degli indennizzi, per l'insieme delle prestazioni garantite, non può superare l'importo di € 250.000,00 (duecentocinquantamila) **o maggiore importo indicato nella Scheda Offerta quale massimale per il rimborso delle spese ospedaliere** per ciascun Assicurato.

ART. 8 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata su presentazione delle cartelle cliniche, referti di esami, certificazioni mediche attestanti la malattia sofferta o l'infortunio occorso, degli originali delle notule, fatture e ricevute, debitamente quietanzate.

Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro presentazione di copia della certificazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

PARTE DI PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE IN BIANCO