



Scuola Internazionale Superiore Studi Avanzati

Via Bonomea n.265

34136 Trieste

C.F. 80035060328

LOTTO 3

Capitolato di Polizza di Assicurazione

Infortuni cumulativa

CIG B2F9276D83



Sede Legale: Viale Erminio Spalla, 9 - 00142 – Roma tel. +39 06.45.761 fax +39 06.45.761.717 - pec: gbsapri@legalmail.it

Definizioni comuni

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
ATTIVITA'	Quella svolta dalla SISSA per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.
BROKER	GBSAPRI S.p.A. (in seguito detta Broker).
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione, nel caso di specie SISSA – Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati, in breve detta SISSA o Scuola.
FRANCHIGIA	Parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro
SOMMA ASSICURATA	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA/ CAPITOLATO	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

Definizioni di settore

INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
ISTITUTI DI CURA	Ospedali, cliniche, case di cura, pubblici o privati, autorizzati a termini di legge al ricovero dei malati/infortunati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
RICOVERO	Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Art. 1 - Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 "Variazione del rischio" e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.5 "Clausola di recesso", ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

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 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo o colpa grave.

Art. 1.3 – 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.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

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

Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

1. Per i contratti di durata pluriennale, qualora la Società intenda chiedere la revisione del prezzo, almeno sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, la Società può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del Dlgs. 36/2023, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.
2. Il Contraente, entro 60 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Art. 1.5 – Clausola di Recesso

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 60 (sessanta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Contraente.
3. Qualora alla data di effetto del recesso 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, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 180 giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolato in pro-rata temporis nei modi e nei termini di cui all'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia".
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 1.16 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 192/2012 convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data della decorrenza della polizza o dalla data di ricezione del contratto, se successiva. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento.
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs 192/2012 per i suindicati periodi di comporto.

Agli effetti di quanto precede, si prende atto che per data di pagamento si intende il giorno in cui la Contraente comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento. Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40 così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012 n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.e i. il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche

qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza.

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 120 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvallesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso stesso, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2024 alle ore 24.00 del 31/12/2027, con frazionamento al 31 dicembre, non è previsto il tacito rinnovo alla scadenza finale.

Tuttavia, la Contraente si riserva la facoltà di prorogare il contratto per una durata massima pari a 24 mesi alle medesime condizioni normative ed economiche previa comunicazione raccomandata/PEC inviata alla Società almeno 180 (centottanta) giorni prima della scadenza.

La Contraente ha inoltre la facoltà di richiedere la proroga tecnica (ex articolo 120, comma 11, del D. Lgs. e ss.mm.ii.) della polizza, alle medesime condizioni normative ed economiche, successivi alla scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data della decorrenza della prosecuzione.

Il Contraente si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui l'impresa non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative.

Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate alla Società le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art. 1.9 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 1.10 - Oneri fiscali

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

Art. 1.11 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.13 - Coassicurazione e delega

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

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La

firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 1.14 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione, si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

Art. 1.15 - Clausola broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. N. 209/2005, relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi dell'art. 1901 C.C. La Società delegataria o ogni eventuale Società coassicuratrice, delegano quindi esplicitamente il Broker all'incasso del premio, in ottemperanza al comma 2 dell'art. 118 Dlgs 209/2005 e con gli effetti per il Contraente previsti al primo comma del medesimo articolo;
- che le somme incassate dal Broker vengano da questi rimesse alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il Broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora Broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti.
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al Broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia";
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati, e/o prorogati i contratti nella misura massima del 10 % (dieci per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione.
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il Broker ha ottemperato agli obblighi assicurativi di Legge di cui all'art. 112, comma 3 del Dlgs 209/2005 e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del Broker al RUI, istituito presso l'ISVAP con provvedimento n° 5 del 16/10/2006.

Art. 1.16 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità, sei mesi prima della scadenza contrattuale e ad ogni richiesta del Contraente e/o Broker, entro i 30 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel® sia tramite file modificabili, sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il Contraente di Polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento;
- la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;
 - b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie
 - c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.]:

La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del Broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al primo comma.

L'obbligo a fornire i dati afferenti l'andamento del rischio permane in capo alla Società anche oltre la scadenza contrattuale e fino a quando tutti i sinistri denunciati sul contratto non sono stati definiti.

Art. 1.17 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro, che dovrà essere trasmesso direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al Broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata/PEC e/o telegramma e/o e-mail indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.18 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio viene anticipato in base all'applicazione dei seguenti premi unitari forniti dalla Società in sede di offerta economica, che rimangono fissi per tutta la durata del contratto, da applicarsi sui parametri espressamente indicati:

Categorie di cui all'art.2.1		Parametro preventivo	Premio unitario lordo	Premio annuo lordo anticipato per categoria
A	Allievi e persone identificate negli appositi registri	Numero giornate 190.000	Euro	Euro
B	Conducenti veicolo privato	Km 18.000	Euro	Euro
C	Conducenti veicoli dell'Ente	veicoli n.01	Euro	Euro

Il calcolo del premio di regolazione, se dovuto, verrà effettuato utilizzando i premi unitari sopra indicati.

Art. 1.19 - Regolazione e conguaglio del premio

Il premio viene anticipato, in via provvisoria, per l'importo risultante dal conteggio esposto al precedente Art. 1.18 "Elementi per il calcolo del premio", e lo stesso sarà regolato alla fine del periodo assicurativo annuo o minor periodo assicurativo, secondo le variazioni intervenute, durante lo stesso periodo, negli elementi presi come base per il calcolo del premio, fermo il premio minimo pari al 70% del premio anticipato stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine dell'anno assicurativo, o minor periodo, il Contraente deve fornire, per iscritto, i dati necessari per la regolazione del premio alla Società (per il tramite del Broker), che provvederà ad emettere ed a recapitare al Broker la relativa appendice contrattuale.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento da parte del Contraente emesso dalla Società e formalmente ritenuto corretto. La Società rinuncia espressamente alle azioni di cui al D.Lgs 192/2012 per il citato periodo di comportamento.

Se nei termini di cui sopra il Contraente non fa luogo alle anzidette comunicazioni circa la regolazione del premio, oppure non paga la differenza attiva del premio dovuto nei termini indicati, la Società deve fissargli mediante atto formale di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 60 giorni, dandone comunicazione al medesimo a mezzo lettera raccomandata. Dopodiché in caso di inadempimento, a seguito dell'ulteriore atto formale di messa in mora, gli eventuali sinistri accaduti nel periodo a cui la regolazione si riferisce verranno indennizzati in proporzione diretta al rapporto tra il premio anticipato in via provvisoria e quello effettivamente dovuto (somma tra il premio anticipato e quello di regolazione). Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto già pagato più del dovuto e ha facoltà di comunicare per raccomandata la risoluzione del contratto, fermo restando il suo diritto di agire giudizialmente per il recupero dei premi non versati.

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

Art. 1.20 – Legittimazione

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge, dai CCNL o dai regolamenti o da deliberazioni assunte dal Contraente 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.

Art. 1.21 – Trattamento dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 2016/679, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 1.22 – Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

- La Società ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola broker", sia alla Stazione Appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 della medesima Legge, entro sette giorni dalla loro accensione, o nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.
- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto, si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.A. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la Stazione Appaltante o l'amministrazione concedente.

Art. 1.23 – Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni – SANCTIONS CLAUSE

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

Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione in particolare

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le condizioni particolari, le norme che regolano la gestione dei sinistri, le disposizioni legislative in materia, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Categorie Assicurate ed Oggetto dell'assicurazione

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, di seguito riportate, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale:

Categoria A): Allievi e persone identificate negli appositi registri

per gli infortuni subiti nell'esercizio di tutte le attività professionali, di studio o di ricerca, principali e secondarie, rientranti tra quelle istituzionalmente previste (comprese iniziative e manifestazioni organizzate dalla SISSA), ovunque svolte, sia in Italia che all'estero, nonché durante i trasferimenti, da tutti gli allievi della SISSA oltreché le persone identificate nel "Registro delle Persone Assicurate contro gli Infortuni" predisposto dalla Contraente presso l'Ufficio Affari Generali e Acquisti. A titolo esemplificativo e non limitativo tali persone possono essere: allievi, dottorandi, visitatori, borsisti post-dottorato, borsisti in genere, assegnisti di ricerca, contratti di ricerca, affidatari di incarico, collaboratori in genere, perfezionandi, tirocinanti, laureandi, laureati e cultori della materia, frequentatori, persone che a vario titolo operano negli stages o tirocini, studenti delle scuole secondarie nel corso dell'alternanza scuola-lavoro e comunque tutti coloro che intrattengono anche temporaneamente per conto o assieme al Contraente attività di didattica e di ricerca, compresi volontari Servizio Civile Nazionale e allievi con lavoro part-time.

Categoria B) Conducenti veicolo privato

per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: personale docente e non docente della SISSA, personale dello Stato o di altra Università o Enti di Ricerca con i quali vi siano rapporti di collaborazione, nonché docenti a contratto, conferenzieri, borsisti etc., subiscano in occasione di trasferte, spostamenti, missioni od adempimenti di servizio e/o mandato per conto, nell'interesse e su autorizzazione della SISSA, anche all'Estero, durante la guida di veicoli di proprietà e/o in uso ai conducenti stessi anche se di terzi (con esclusione dei veicoli di proprietà, in locazione o in comodato d'uso del Contraente) e quelli subiti dalle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente.

Categoria C) Conducenti veicoli dell'Ente

per gli infortuni subiti dalle persone autorizzate dal Contraente, quali a titolo esemplificativo: lavoratori, temporanei, collaboratori coordinati e continuativi, obiettori di coscienza, nonché persone non in diretto rapporto di dipendenza con il Contraente, ma della cui opera lo stesso si avvalga a qualsiasi titolo, in occasione della guida di mezzo di trasporto di proprietà della SISSA, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo alla SISSA o in locazione o comodato alla SISSA e quelli subiti dalle persone di cui sia stato autorizzato il trasporto da parte del Contraente. L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Art. 2.2 - Rischi inclusi nell'assicurazione

Ai sensi della presente polizza sono considerati parificati ad infortunio anche i seguenti eventi:

- annegamento;
- folgorazione;
- effetti delle influenze termiche ed atmosferiche;
- assideramento e/o congelamento;
- asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori, soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altra sostanza;
- intossicazione anche non avente origine traumatica;
- lesioni da contatto con sostanze corrosive;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di altre cure rese necessarie da infortunio;
- danni estetici conseguenti ad infortunio;
- i rischi derivanti dalla normale attività didattica e/o di ricerca a carattere scientifico che possa determinare infezioni microbiche e/o parassitarie e/o avvelenamento del sangue attraverso lesioni traumatiche oppure per contatto con sostanze infette;

Sono inoltre compresi i seguenti eventi:

- infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza anche gravi;
- infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- infortuni subiti in occasione di inondazioni, alluvioni, straripamenti, frane, smottamenti, valanghe, slavine, caduta del fulmine, terremoto, maremoto, eruzioni vulcaniche ed altri eventi naturali;
- infortuni subiti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, scioperi sommosse, sabotaggio, attentati, azioni di dirottamento o di pirateria, sequestri, rapine, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;

Il coma irreversibile è equiparato a morte

Art. 2.3 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei salvo quanto previsto all'art. 4.12 (Rischio volo);
- b) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) a livello professionistico;
- c) dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, pugilato, paracadutismo e sports aerei in genere, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- d) derivanti da guerra e/o insurrezioni, salvo quanto eventualmente previsto dal presente capitolato;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche;
- f) da abuso di psicofarmaci e/o dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o di allucinogeni;
- g) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) da stato di ubriachezza alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- j) da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- k) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Art. 2.4 - Somme assicurate

Le somme assicurate procapite sono quelle di seguito riepilogate:

Categorie assicurate	Capitali caso Morte	Capitali caso I.P.	Diaria per ricovero	Diaria gessatura	RSM
A) Allievi e persone identificate negli appositi registri	€ 150.000,00	€ 250.000,00	€ 60,00	€ 60,00	€ 5.000,00
B) Conducenti veicolo privato	€ 300.000,00	€ 300.000,00	Nessuna	Nessuna	€ 5.000,00
C) Conducenti veicoli dell'Ente	€ 300.000,00	€ 300.000,00	Nessuna	Nessuna	€ 5.000,00

Art. 2.5 - Esonero denuncia generalità degli assicurati

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

Art. 2.6 - Assicurabilità

Le garanzie assicurative non valgono per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici; l'assicurazione, altresì, cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

L'assicurazione non vale, inoltre, per le persone di età maggiore di 80 anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Art. 2.7 - Limiti territoriali

La presente assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.8 - Morte

La somma assicurata per il caso Morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 2.9 - Invalidità Permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30-06-1965 n. 1124, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini, le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precisata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

Art. 2.10 - Cumulo di indennità

L'indennità per Invalidità Permanente non è cumulabile con quella per Morte. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di Morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato
 - Oppure in mancanza,
 - l'importo offerto
 - oppure, se non vi è ancora stata l'offerta
 - l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dalle "Norme che regolano l'Assicurazione in particolare". A tal fine, andrà fornita alla Società la documentazione attestante la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica e, in caso di ricovero, la cartella clinica.
- Quanto sopra è applicabile anche nel caso in cui l'Assicurato deceda a causa dell'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, qualora la garanzia Morte non fosse prestata.

Al fine di individuare con certezza gli eredi, gli stessi dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minore o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria, per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Art. 2.11 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata per la singola categoria all'art. 2.4 "Somme assicurate", per ogni giorno di ricovero, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero e con il limite massimo di 200 giorni per sinistro. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

Art. 2.12 – Diaria da gessatura

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera indicata per la singola categoria all'art. 2.4 "Somme assicurate", per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente e con il limite massimo di 100 giorni per sinistro.

Le diarie non sono cumulabili tra loro. In caso indennizzabilità per più diarie, è data facoltà all'Assicurato, di scegliere la liquidazione di quella avente durata o importo liquidabile maggiore.

Art. 2.13 - Franchigie

Per le categorie assicurate, la liquidazione dell'indennità per l'Invalidità Permanente, viene determinata senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 3.1 - Denuncia dei sinistri - Obblighi in caso di sinistro

Entro 30 giorni dal fatto o dal giorno in cui l'ufficio competente del Contraente ne è venuto a conoscenza deve essere fatta denuncia di ciascun sinistro al Broker. La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio degli infortunati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro.

Il Contraente deve poi far seguire, nel più breve tempo possibile, la ulteriore documentazione del caso.

Art. 3.2 - Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente, l'Assicurato e la Società, si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza/domicilio dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 3.3 - Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità e/o risarcimento dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta la notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in valuta corrente.

Il pagamento dovrà avvenire entro 30 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati.

Art. 4 - Condizioni particolari

Art. 4.1 - Rinuncia alla rivalsa

La Società, a deroga di quanto disposto dell'art. 1916 Codice Civile, rinuncia al diritto di surroga nei confronti dei responsabili degli eventuali sinistri.

Art. 4.2 - Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari il capitale previsto per il caso Morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 4.3 - Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'art. 2.2 (Rischi inclusi nell'assicurazione), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuta la Diaria per il ricovero ospedaliero se prevista in polizza, sino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'art. 3.2 (Controversie).

Art. 4.4 - Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 4.5 - Rischio guerra

La garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti dallo stato di guerra, per un periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Art. 4.6 - Esonero denuncia di infermità e difetti

Fermo restando quanto disposto dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione in particolare", si dà atto che il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti, infermità o mutilazioni cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dal presente contratto.

Art. 4.7 – Rimborso spese mediche da infortunio

In caso di prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, la Società rimborserà agli Assicurati, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo indicato all'art. 2.4 "Somme Assicurate".

Per cure mediche si intendono:

- Spese ospedaliere o cliniche
- Onorari a medici e chirurghi

- Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio
- Spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o dell'ambulatorio
- Spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche
- Spese per la prima protesi
- Spese dentarie e per apparecchi ortodontici

Si precisa che fra le spese rimborsabili di cui sopra sono compresi i "ticket" pagati per le prestazioni usufruite dal S.S.N..

Art. 4.8 - Rischio in itinere

La garanzia è altresì operante per il "rischio in itinere" e cioè per gli infortuni che si verificano a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato ed il suo normale luogo di lavoro/studio o qualsiasi altro luogo, ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività, mansione o incarico per conto o su autorizzazione del Contraente.

Art. 4.9 - Morsi di animali, punture di insetti

Resta convenuto tra le parti che sono considerati infortuni le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate, avvelenamenti e le alterazioni patologiche che derivassero direttamente da punture di insetti e/o morsi di animali (compresi gli aracnidi) con esclusione della malaria, del carbonchio e malattie tropicali.

Sono altresì comprese in garanzia le ustioni causate da animali e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti ad infortuni risarcibili a termine di Capitolato

Art 4.10 – Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dall'Art. 2 "Norme che regolano l'assicurazione in particolare", corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso Morte e Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es: perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art 4.11 – Grave Invalidità Permanente

Per i casi di invalidità permanente conseguenti ad infortunio di grado non inferiore al 60% accertato con i criteri di indennizzabilità previsti dalle condizioni del presente capitolato verrà corrisposto un indennizzo pari al 100% del capitale assicurato.

Art 4.12 – Rischio volo

L'assicurazione è vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aereoclubs.

Agli effetti della presente garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo e terminato nel momento in cui ne discende.

Art 4.13 – Limite di indennizzo cumulativo

Resta convenuto tra le parti che, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la stessa polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore ad Euro 10.000.000,00.

Art 4.14 – Danni estetici

Si conviene che, in caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso risulti non altrimenti indennizzabile ai termini del presente contratto, la Società riconoscerà il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato per la riduzione del danno fino a concorrenza di Euro 2.500,00 per evento.

Art 4.15 – Spese di trasporto a carattere sanitario (valido in Italia e all'estero)

La Società rimborsa in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, fino alla concorrenza di Euro 5.000,00, i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato con il mezzo di trasporto ritenuto più idoneo dai medici. Il rimborso verrà limitato ad un massimo di due viaggi.

Art 4.16 – Rientro della salma (valido in Italia e all'estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rientro della salma dell'Assicurato fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di euro 5.000,00, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente od effettuato nell'ambito di un'iniziativa dal medesimo promossa.

Art 4.17 - Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli Assicurati fossero colpiti, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche ed integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute o che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

Art 4.18 – Responsabilità del Contraente (operante solo per la categoria A)

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari o soltanto qualcuno di essi non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità nella sua totalità viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di causa sostenute dal Contraente.

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Dichiarazione

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

Art. 1.2 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;

Art. 1.3 – Variazioni del rischio;

Art. 1.4 – Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali;

Art. 1.5 – Clausola di recesso;

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia;

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro;

Art. 1.8 - Durata del contratto;

Art. 1.11 - Foro competente;

Art. 1.13 – Coassicurazione e delega;

Art. 1.16 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio;

Art. 1.23 – Limitazione ed esclusione embarghi e sanzioni – SANCTIONS CLAUSE

Sottoscrizione digitale