



1031

**Atto di variazione
INFORTUNI**

Con il presente atto di variazione le Parti convengono che il contratto è prestato per le garanzie e con i limiti di seguito precisati.

1 004 00007 00115866876

AGENZIA FERRARA										NUMERO ARCHIVIO 115866876	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/54416	116	77	136656834/7		1031	12	2016	1	0	0	
EFFETTO VARIAZIONE		SCADENZA POLIZZA	SCADENZA PRIMA RATA	CODICE RATEAZIONE		ANNUALE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
31/03/2025		31/03/2026	31/03/2026	1				27/03/2025			
CONVENZIONE			COD.CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
						87662			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
UNIV. DEGLI STUDI DI FERRARA - V. G. SAVONAROLA 9 - 44121 FERRARA FE										00434690384	
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA		PROV. RISCHIO					
110.288,02	16.543,20	126.831,22	3.170,78	* 130.002,00		FE					
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE		COMBINAZIONE					
110.288,02	16.543,20	126.831,22	3.170,78	130.002,00							

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)**GRUPPO 1**

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE	19.000			
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		220,00	250.000,00	55.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
		159,428	350.000,00	55.800,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)			5.000,00	16.031,22
FRANCHIGIA GG.				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE				
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
FRANCHIGIA GG.				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

126.831,22

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 104.990,75.

Unipol Assicurazioni

Unipol Assicurazioni

Unipol Assicurazioni

Unipol Assicurazioni

Unipol Assicurazioni

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
--

Il Contraente dichiara

- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
- non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati
- ✓ di conoscere e di approvare:
- le integrazioni contenute nell'ALLEGATO TESTO AGGIUNTIVO che formano parte integrante del presente contratto

Unipol Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE

Emessa il 27/03/2025

Il premio della rata alla firma è stato pagato il _____

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

Registrato il _____

L'Agente o l'Incaricato

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
 Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
 Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183
 Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it

1031

Allegato testo aggiuntivo

 NUMERO POLIZZA
 AGENZIA

 1/54416/77/136656834/7
 FERRARA

CODICE SUBAGENZIA 116

Contraente/Assicurato UNIV. DEGLI STUDI DI FERRARA
Domicilio V. G. SAVONAROLA 9 - 44121 FERRARA FE
Partita IVA 00434690384

Le Parti concordano di *fornire copertura assicurativa* sino al 31/03/2026 alle condizioni normative in essere, salvo l'inserimento delle due clausole sotto riportate nel presupposto del rispetto delle modalità di scelta dell'operatore economico previste dalle vigenti disposizioni (Leggi e Regolamenti) in materia di contratti pubblici. Il premio annuo concordato per tale copertura assicurativa è di € 130.002,00 imposte incluse.

N°	Cat. assicurate	NUMERO/KM	Premio procapite/km	Premio annuo finito
	Categoria 1 Iscritti a qualsiasi titolo	17.000	6,59 €	€ 112.030,00
	Categoria 2 frequentanti lauree specialistiche delle professioni sanitarie	2000	6,59 €	€ 13.180,00
	Categoria 3 Veicoli privati (km)	200.000	0,02 €	€ 4.000,00
	Categoria 4 Veicoli dell'Ente (n°)	22	36,00 €	€ 792,00
	PREMIO ANNUO FINITO DI POLIZZA		Totale	€ 130.002,00

CLAUSOLE:

- **Sanction Limitation and Exclusion Clause**

LIMITAZIONE ED ESCLUSIONE EMBARGHI E SANZIONI

In ogni caso la società non fornirà copertura assicurativa e non sarà tenuta a pagare alcun indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre la società o qualsiasi suo dipendente o collaboratore a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America;

- **FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE**

Resta convenuto che l'indennità verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

-sul capitale assicurato fino a Euro 100.000,00= senza applicazione di alcuna franchigia;

-sull'eccedenza di Euro 100.000,00 e fino al capitale assicurato, pari a € 200.000,00,

non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della

totale; se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la

parte eccedente tale percentuale.

1031

Allegato testo aggiuntivoNUMERO POLIZZA
AGENZIA1/54416/77/136656834/7
FERRARA

CODICE SUBAGENZIA 116

-sull'eccedenza di Euro 200.000,00 e fino al massimo del capitale assicurato, pari a € 350.000,00,

non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della

totale; se invece essa risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta solo per la

parte eccedente tale percentuale.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquiderà

l'indennità dovuta senza deduzione di alcuna franchigia.



LOTTO 3

COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI

CIG 64932249F2

Polizza Infortuni n° 77/ 136656834

Tra: Università degli Studi di Ferrara ...
Partita I.V.A.: 00434690384 C.F. 80007370382
con sede in : Via Ariosto, 35 – 44121 Ferrara (FE)
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: UNIPOLSAI ASS.SI DIV. LA FONDIARIA
si stipula la presente:

POLIZZA INFORTUNI Numero 77/136656834

Contraente : Università degli Studi di Ferrara
Assicurato : Come da condizioni di polizza
Sede Legale : Via Ariosto, 35 – 44121 Ferrara (FE)
Broker : Willis Italia S.p.A.
Decorrenza della copertura : Ore 24:00 del 31/03/2016
Scadenza della copertura : Ore 24:00 del 31/03/2021
Scadenze annuali: Ore 24:00 del 31/03
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: ... , Contraente della polizza;

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse é protetto dalla assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Società: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti;

Broker: il Broker vigente Willis Italia Spa;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili;

Invalità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Azienda;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 90 (novanta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

È inoltre facoltà del Contraente notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, 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 di decorrenza della prosecuzione.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al broker di assicurazione.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., l'Amministrazione e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno anche per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per la Amministrazione, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10' giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o posta elettronica - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse, con esclusione delle comunicazioni di disdetta e/o recesso dello stesso che dovranno essere trasmesse esclusivamente dal Contraente alla Società e viceversa.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che tale mancata o inesatta comunicazione sia avvenuta in buona fede.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art.

1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 4: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Amministrazione e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, la Amministrazione e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo ove ha sede l'Amministrazione.

Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

È data facoltà al Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 60 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà al Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 60 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se il Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 7: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera), sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

Art. 8: Denuncia dei sinistri

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dalla Amministrazione, per il tramite del broker, entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quando l'Ufficio preposto della stessa ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

La Società fornirà entro il 30 settembre di ogni anno o a semplice richiesta all'Amministrazione per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro (riservato / liquidato / respinto)
- l'importo stimato per la sua definizione
- l'importo liquidato

É facoltà dell'Amministrazione richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Amministrazione lo richieda.

Art. 9: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30' giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. . In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Amministrazione).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà alla Amministrazione il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) cadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, o esso pervenga all'Amministrazione nel periodo di mora concesso per il pagamento del premio di rata, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che la Amministrazione dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente dalla data di scadenza intermedia fino alla data di termine della prosecuzione della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 10: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, 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.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Soggetti assicurati

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 per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione alle attività istituzionali e/o organizzate del/dal Contraente e/o preventivamente autorizzate comprese le attività svolte all'estero.

Si ritengono quindi coperti gli infortuni subiti durante la frequenza e permanenza presso l'Ateneo, la partecipazione ad iniziative o manifestazioni, con esclusione di quelle a carattere agonistico. Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili, di supporto o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Università e anche durante le attività svolte (a puro titolo esemplificativo e non limitativo) presso laboratori didattici e di ricerca, centri di studio, campi sperimentali, stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, stabilimenti marittimi e specchi d'acqua, laghi e fiumi, terreni agricoli, stalle, scavi archeologici, grotte, miniere, cantieri con accesso a ponteggi e durante lo svolgimento di visite guidate, viaggi di studio con ogni mezzo, tirocini pratici, purché autorizzati da un responsabile didattico o di struttura del Contraente o da altri Organi o Soggetti a ciò preposti.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri o elenchi tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Sono assicurati i soggetti rientranti nelle categorie, di seguito elencate, richiamate nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

Art. 1.1 - CATEGORIA 1

Isritti a qualsiasi titolo ad attività formative organizzate dal Contraente quali a titolo esemplificativo ma non limitativo:

- ✓ a) Studenti iscritti a corsi di laurea e post laurea;
- ✓ b) Studenti ospitati in base a convenzioni o programmi internazionali;
- ✓ c) Studenti preiscritti provenienti da altri Atenei e ancora non formalmente iscritti;
- ✓ d) Studenti stranieri in entrata Erasmus o altri programmi di mobilità o convenzioni internazionali;
- ✓ e) Studenti inseriti in programmi di doppio titolo o lauree congiunte;
- ✓ f) Studenti collaboratori 150 ore (D.Lgs 29/03/2012 n.68);
- ✓ g) Laureandi e laureati che effettuano tirocini e/o stage;
- ✓ h) Titolari borse di studio (non area medica)
- ✓ i) Assegnisti di ricerca;
- ✓ j) Laureati frequentatori;
- ✓ k) Docenti a contratto;

- ✓ l) Docenti ospiti;
- ✓ m) Partecipanti ai corsi di aggiornamento per esami di stato professionali
- ✓ n) Personale atipico (collaboratori coordinati e continuativi e tutti i soggetti che collaborano in base a contratti, accordi e convenzioni) che svolge la sua attività nell'ambito delle attività principali e secondaria dell'Università, sia in sede che presso ogni altro organismo pubblico o privato in tutto il mondo.
- ✓ o) ogni soggetto, diverso da quelli di cui ai punti che precedono, che presta la propria opera a favore della e/o presso l'Ente in base ad uno specifico accordo formale (quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: i soggetti che frequentano l'Ente per formazione, aggiornamento, perfezionamento);

Art. 1.2 - CATEGORIA 2

Frequentanti lauree specialistiche delle Professioni sanitarie, corso di laurea in medicina e chirurgia e scuole di specializzazione sanitarie. Titolari di Borse di studio area medica dall'Ateneo o di ogni altro ente pubblico o privato.

Art. 1.3 - CATEGORIA 3

Persone autorizzate dal Contraente per missioni. Obblighi assicurativi ex DPR 319/90 e DPR 395/88 – Infortuni conducenti veicolo privato

Art. 1.4 - CATEGORIA 4

Obblighi assicurativi ex DPR 319/90 e DPR 395/88 – Infortuni conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente.

Art. 2: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- a. di cui all'Art.1.1- CATEGORIA 1: in occasione o in conseguenza dell'espletamento della loro attività, mandato, incarico o funzione, o a essi correlati, compresi quindi i trasferimenti, le missioni e il tragitto da, tra, per il/i luogo/i di lavoro, e la guida o uso di mezzi di locomozione di proprietà o in uso agli stessi o di proprietà o in uso all'Ente (comprese quindi le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile); sono altresì compresi gli infortuni sofferti durante il tragitto da e per l'abitazione;
- b. a. di cui all'Art.1.2- CATEGORIA 2: oltre a quanto previsto dalla CATEGORIA 1 di cui al punto precedente alla categoria in questione si applica anche la garanzia prevista all'art.5 – Contagio accidentale da virus HIV, Epatite B e C.

- c. di cui all'Art.1.3 - CATEGORIA 3: L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in qualità di conducenti e trasportati in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli propri o non intestati al P.R.A.al Contraente o non di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.
La garanzia è operante sia quando la sede di partenza risulti essere il luogo presso il quale l'assicurato presta abitualmente servizio sia altro luogo secondo quanto stabilito dal regolamento di missione; per l'identificazione degli assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.
- d. c. di cui all'Art.1.4 - CATEGORIA 4: L'assicurazione è operante per gli infortuni che le persone autorizzate dal Contraente subiscano in qualità di conducenti e trasportati durante la guida di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente (comprese quindi le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile)

Art. 4: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti, le intossicazioni, anche alimentari, conseguenti ad ingestione od assorbimento, violenti e non, di sostanze nocive in genere;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione, caduta fulmini, scariche elettriche;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da 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 infettive;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- malattie professionali;
- malattie tropicali;
- danni estetici;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;

- 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 in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo, esclusi gli infarti;
- ernie traumatiche di qualsiasi natura incluse le ernie discali;
- dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sport aerei in genere e paracadutismo;
- dall'arenamento, naufragio, atterraggio forzato in zone in cui l'azione del clima o di altre situazioni concomitanti generi morte o lesioni organiche permanenti che non siano causa diretta dell'infortunio;
- durante la scalata di rocce ed accesso a ghiacciai di grado non superiore al 3°, estesa ai gradi superiori purché accompagnati da guida patentata.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 5 - Contagio HIV, Epatite B e C (Garanzia valida solo per la CATEGORIA 2)

Si dà e prende atto che l'assicurazione vale esclusivamente per il rischio di contagio da virus H.IV., Epatite B e C, avvenuto durante lo svolgimento dell'attività assicurate dalla presente polizza in conseguenza di (a titolo esemplificativo ed non esaustivo):

- a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- b) Aggressioni subite dall'assicurato;
- c) Trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- d) Contagio avvenuto in situazioni di soccorso a soggetti assicurati già portatori del virus HIV e/o epatite B e C.

La Società liquiderà un indennizzo pari al 50% della somma garantita per la garanzia Invalidità Permanente qualora l'assicurato risulti sieropositivo o affetto dalla patologia epatite B e/o C, secondo la procedura di accertamento stabilità come segue:

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV e/o Epatite B o C a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve - entro quindici giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto - darne avviso al Broker designato o alla Società a mezzo telegramma, telex o fax. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata alla Società o al Broker incarico una descrizione dettagliata dell'evento.

Entro quindici giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test presso un centro specializzato indicato dalla Società. Qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo e/o affetto da epatite B e/o C, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa automaticamente. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato entro i 180 giorni successivi dovrà sottoporsi ad un secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo e/o affetto da epatite B e/o C, la Società liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche sostenute relative ai test HIV o all'esame ematologico per l'accertamento dell'epatite B e C sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termine di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini di denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti e' essenziale per la validità dell'assicurazione; in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo.

In relazione ai punti descritti dalle lettere a) , b) , c) e d) che precedono ed alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. e/o all'epatite B e C, si conviene che:

- In caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato, o chi per lui, si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso, con conseguente ricovero in istituto di cura), l'assicurato deve sottoporsi al test appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;
- L'aggressione deve risultare da denuncia (anche contro ignoti) all'autorità competente; In caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'assicurato è esonerato dal primo test immunologico, restando confermata la necessità di sottoporvisi entro 180 giorni dalla trasfusione. La cartella clinica completa sarà corredo necessario della pratica di sinistro.

Art.6 - Rimborso spese mediche e farmaceutiche da infortunio

La Società rimborsa fino al limite di Euro 5.000,00 per sinistro, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, i costi eventualmente sostenuti per gli onorari dei medici, dei chirurghi e dell'equipe medica, l'uso della sala operatoria, le rette di degenza in ospedali e case di cura, i medicinali prescritti dal medico curante, gli accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, cure e visite mediche, cure di rieducazione e riabilitazione, nonché le spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su prestazione in originale delle relative notule, distinte, fatture e ricevute debitamente quietanzate.

Art.7 - Spese di trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di Euro 2.000,00 per sinistro, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, 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 a mezzo auto-ambulanza.

Art.8 - Rientro sanitario dall'estero

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di Euro 2.500,00 delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di Euro 5.000,00.

Art.10 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di Euro 6.000,00 per evento.

Art.11 – Diaria da ricovero ospedaliero e day hospital da infortunio (garanzia non operativa)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. La durata massima prevista è di 365 giorni, anche se non consecutivi, da quello dell'infortunio. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

L'indennizzo viene corrisposto anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di DayHospital purchè effettuata in istituto di cura pubblico italiano o comunque convenzionato con il SSN, la degenza diurna deve essere certificata da cartella clinica o da documento sanitario equivalente.

Art.12 – Gravi ricoveri (garanzia non operativa)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio venga ricoverato in un reparto di rianimazione o di cura intensiva, solo per il periodo di permanenza in detti reparti, la diaria giornaliera prevista in polizza viene incrementata del 50%.

Art.13 – Spese funerarie

In caso di infortunio mortale indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà agli aventi diritto le spese funerarie effettivamente sostenute con il massimo di Euro 5.000,00.

Art.14 – Ernie addominali

La garanzia è estesa per i casi di invalidità permanente alle ernie ed in genere alle lesioni conseguenti a sforzi incluse le ernie discali:

- Ernie operabili: viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata nel caso di invalidità permanente totale;

- Ernie non operabili: l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL (D.P.R. 1124 del 30.06.1965 e s.m.i.) con rinuncia all'applicazione della relativa franchigia di polizza, fermo restando in ogni caso che la Società non corrisponderà indennità superiore al 10% della somma assicurata in caso di invalidità permanente totale.

Art.15 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica o di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti.

Il cumulo delle somme assicurate, con questa garanzia o con altre assicurazioni, da chiunque stipulate a favore degli stessi Assicurati per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare le somme assicurate:

- € 1.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 1.000.000,00= per il caso morte

per persona e di:

- € 6.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 6.000.000,00= per il caso di morte

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.16 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto del successivo Art.22, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art.17 – Attività non assistenziali delle scuole di specializzazione dell'area medica

Per le scuole di specializzazione dell'area medica la copertura vale solo durante le attività non assistenziali: per qualunque infortunio è l'ente o l'azienda ospedaliera a garantire la copertura in ottemperanza a quanto predisposto dall'art.41 terzo comma del d.lgs 368/99. L'Azienda sanitaria presso la quale il medico in formazione specialistica svolge attività formativa, provvede con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa dei rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico medesimo nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale. Sono inoltre coperti gli infortuni subiti dagli specializzandi durante le attività assistenziali svolte presso altre strutture sanitarie diverse dalle aziende ospedaliere dove svolgono la specializzazione.

Art. 18 Precisazioni

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà in aggiunta all'indennità prevista in polizza un'ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il medesimo titolo.

La Società, inoltre, nel caso preesista la perdita o la cecità di un occhio, verificandosi un infortunio che dia luogo alla perdita totale o parziale del visus dell'altro occhio sano, risarcirà il danno in misura del 60% della somma assicurata per invalidità permanente totale.

La Società, ancora, in caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Art. 19: Liquidazione del danno

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124" e successive modifiche.

La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

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

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per la singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale od anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà, per la perdita anatomica di una falange dell'alluce nella metà e per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una inabilità temporanea, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.
4. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
 - ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
 - ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,

◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove é avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 6.000.000,00 (seimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa é efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite catastrofale – non potrà superare la somma complessiva di euro 15.000.000,00 (quindicimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 20: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art. 21: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti.

Art.22 : Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Tuttavia, laddove l'assicurazione sia prestata sulla base di disposizione di legge o di contratti collettivi nazionali di lavoro la presente esclusione non troverà applicazione.

Nel caso in cui venisse erroneamente incassato il premio corrispondente, la Società provvederà alla relativa restituzione senza possibilità di alcuna opposizione da parte del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 23: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C., verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 24: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difet-

to, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede la Amministrazione. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede della Amministrazione.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 25: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza é calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

La Amministrazione fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, a parziale deroga dell'art.6 Sezione II, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento delle differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Trascorso senza esito l'ulteriore termine sopra indicato, l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Amministrazione inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non é obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di categorie di rischio previste nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende:

- per la Categorie n.1 e n.2 : il numero dei soggetti rientranti nei gruppi di rischio assicurati
- per la Categoria n.3: il numero di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione;

- per la Categoria n.4: il numero di Km effettuati con i veicoli di proprietà o in uso agli assicurati esclusi quelli effettuati con veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Amministrazione, per ragioni di servizio per conto dell'Amministrazione stessa.

La Amministrazione é esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Si conviene che, ove la Amministrazione abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 26: Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza é effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Società mandataria
- ⇒ Compagnia ... Società mandante
- ⇒ Compagnia ... Società mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del broker, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%
- ⇒ Compagnia ... Quota xx%

Art. 27: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 28: Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato così come stabilito dall'art 1891 del C.C.

Art. 29: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese (se esistente).

CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari dell'assicurazione	Capitali assicurati				Parametro di calcolo	Pre mio imp. uni- ta- rio	Premio imp. totale
	Categoria	caso morte	invalidità permanente	inabilità temp			
1. Iscritti a qualsiasi titolo ad attività formative organizzate dal Contraente	250.000,00	350.000,00	0,00	5.000,00	Num.17.000		..
2. Frequentanti lauree specialistiche delle Professioni sanitarie, corso di laurea in medicina e chirurgia e scuole di specializzazione sanitarie. Titolari di Borse di studio.	250.000,00	350.000,00	0,00	5.000,00	Num.2.000		..
3. Infortuni conducenti veicolo privato	250.000,00	350.000,00	0,00	5.000,00	Km 200.000		..
4. Infortuni conducenti veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente, in locazione o comodato all'Ente	250.000,00	350.000,00	0,00	5.000,00	Num.22		..
Totale premio imponibile					euro	109.192,20..	
Imposte					euro	2.729,80..	

Totale premio lordo annuo

euro

111.922,00..

IL CONTRAENTE

IL DIRIGENTE
Ing. Giuseppe Galvan



UNIPOLSAI ASS
Div. Fondiaria

