

CAPITOLATO DI POLIZZA PER L'ASSICURAZIONE

INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA
Piazza Università 2
95131 CATANIA
C.F./P.I. 02772010878

e

<u>Società Assicuratrice</u>

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31/03/2017
Alle ore 24.00 del :	31/03/2019

**Con scadenza del periodo di assicurazione
successivo al primo fissato:**

Alle ore 24.00 del	31/03/2018
---------------------------	-------------------

SEZIONE 1

ART. 1 - DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

<u>ASSICURATO:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<u>ASSICURAZIONE:</u>	La copertura assicurativa offerta dal contratto di assicurazione.
<u>BROKER:</u>	L'intermediario autorizzato ai sensi incaricato ai sensi del Registro Unico degli intermediari di cui all'art. 109 del D. Lgs. 209/2005 ss.mm.ii..
<u>SOCIETÀ/ASSICURATORI:</u>	L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici.
<u>CONTRAENTE:</u>	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione indicato nel frontespizio di polizza.
<u>FRANCHIGIA:</u>	L'importo previsto dalle condizioni contrattuali che in caso di sinistro viene detratto dalla somma liquidata a termini di polizza e che rimane a carico esclusivo dell'Assicurato.
<u>SCOPERTO:</u>	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico
<u>INDENNIZZO:</u>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<u>MASSIMALE PER SINISTRO :</u>	La massima esposizione della Società per ogni sinistro, qualunque sia il numero delle persone decedute o che abbiano subito lesioni o abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.
<u>PERIODO ASSICURATIVO E/O DI ASSICURAZIONE:</u>	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione annuale dell'assicurazione.
<u>POLIZZA:</u>	Il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>PREMIO:</u>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>RISCHIO:</u>	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
<u>SINISTRO:</u>	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale e' prestata l'Assicurazione.
<u>INFORTUNIO:</u>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta, esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
<u>INVALIDITA' PERMANENTE:</u>	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità di svolgere qualsiasi tipo di lavoro,

	indipendentemente dalla professione esercitata.
ISTITUTO DI CURA:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionali che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
RICOVERO :	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

ART. 2 - Rischi assicurati - Identificazione degli Assicurati

L'assicurazione vale per gli infortuni che i soggetti assicurati, riportati alla Sezione 3 e 6 della presente polizza, e le eventuali ulteriori figure che potranno essere previste in futuro, subiscano durante le attività istituzionalmente organizzata dal Contraente o preventivamente autorizzata dai competenti Organi del Contraente stesso, comprese le attività svolte sia in Italia che all'Estero, in cui i soggetti medesimi si trovino per svolgere le attività previste.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le generalità delle persone assicurate, nonché dichiarare 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.

Per la loro identificazione, e computo del premio, si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente, ai documenti di iscrizione o adesione (a titolo esemplificativo e non limitativo: fascicolo personale dello studente iscritto, partecipante al corso di dottorato di ricerca, ecc.), od altra documentazione atta ad attestare che il soggetto riveste la qualifica di assicurato; la Contraente si obbliga ad esibire in qualsiasi momento i documenti di cui sopra alle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e/o controlli.

L'assicurazione copre altresì automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purchè il Contraente dia comunicazione alla Società al termine di ogni annualità assicurativa, nei termini previsti dalla presente polizza, del numero effettivo degli Assicurati e degli altri elementi variabili riportati nella Sezione 6 della presente polizza.

I capitali assicurati per ciascun appartenente alle categorie riportate alla Sezione 6, sono specificati all'art. 1) della medesima Sezione 6).

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Le dichiarazioni inesatte e reticenti 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 C.C.. Tuttavia l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, purché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio e/o dei valori la Società è tenuta a ridurre alla prima scadenza annuale di polizza il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito gli polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

ART. 2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si conviene tra le Parti che qualora si rivelasse che per gli stessi soggetti assicurati nel presente contratto esistono o venissero in seguito stipulate altre polizze direttamente dal Contraente, gli eventuali danni denunciati dall'Assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati ed indennizzati dalla Società direttamente all'Assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi, fermo per la Società ogni altro diritto derivante a norma di legge (art. 1910 C.C.).

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

ART. 3 – DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio della polizza e cesserà automaticamente alla scadenza del detto periodo senza obbligo di disdetta da ambo le parti.

Il premio alla firma viene corrisposto per il periodo dal 31/03/2017 al 31/03/2018 e successivamente verrà corrisposto in rata annuale.

Se il contratto viene stipulato per durata superiore ad un anno, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di risolverlo, alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata, telegramma o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza.

Ai sensi delle norme vigenti in materia di contratti pubblici, si conviene che nell'ipotesi di risoluzione del contratto alla prima scadenza annuale dello stesso o a quelle successive o alla scadenza del contratto stesso, e' in ogni caso facoltà della Contraente chiedere ed ottenere dalla Società una o più proroghe della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 12 mesi previo pagamento di un premio per ciascun mese di proroga pari a 1/12esimo del premio annuale di polizza.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessantanta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta.

ART. 4 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE – PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, sempreché il pagamento della prima rata di premio avvenga, in deroga all'Art. 1901 Codice Civile, entro 60 giorni dalla sopracitata data. In mancanza di pagamento del premio, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il termine di rispetto per il pagamento dei premi relativi ad eventuali appendici emesse sulla presente polizza si intende fissato in 60 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente del relativo documento regolarmente emesso dalla Società.

I premi devono essere pagati al Broker al quale è assegnata la polizza, e la Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi fatto tramite il Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente. Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società.

Si precisa che i rapporti contrattuali dovranno conformarsi alle disposizioni relative agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'art. 3 della Legge n. 136 del 13/8/2010 (si veda successiva specifica clausola).

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

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

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 di tutti i 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 artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società 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 al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

ART. 5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

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

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari cioè il numero effettivo degli assicurati e gli altri dati indicati alla successiva sezione 6 affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo. Le differenze attive e passive, risultanti dalla regolazione, devono essere pagate o rimborsate nei sessanta giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la garanzia, limitatamente ai sinistri accaduti nel periodo per il quale non è avvenuta la notifica o il pagamento del premio, la Società potrà indennizzare gli stessi nella medesima proporzione esistente tra l'importo di premio pagato e quello interamente dovuto (se superiore), salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Quanto previsto al comma precedente si intende valido anche per i contratti scaduti.

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

ART. 6 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni da darsi con lettera raccomandata. In caso di recesso da parte della Società, questa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso stessa, rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte.

ART. 7 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 8 – ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La Società ha sempre il diritto di ispezionare le cose assicurate e l'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

ART. 9 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (telefax, e-mail o simili) indirizzata alla Società anche tramite il Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza

ART. 10 - ONERI FISCALI

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza le Parti possono presentare domanda congiunta, oppure la parte interessata può presentare apposita domanda, presso un Organismo di mediazione riconosciuto dal Ministero della Giustizia ed istituito presso le sedi appositamente previste, che inviterà l'altra parte ad aderire e a partecipare all'incontro di mediazione finalizzato alla conciliazione ai sensi del D.Lgs 28/2010, nel rispetto del Regolamento di conciliazione da questo adottato. Detto Organismo, a scelta del Contraente o dell'Assicurato, ha sede nella medesima provincia ove gli Stessi risiedono.

In caso di più domande relative alla stessa controversia trova applicazione il criterio di priorità cronologica, e cioè la mediazione si svolgerà avanti l'organismo presso il quale è stata presentata la prima istanza di mediazione.

Qualora il tentativo di mediazione abbia esito negativo, la parte interessata potrà agire in giudizio presso il Foro competente esclusivo ove ha sede la Contraente oppure, in alternativa, l'Assicurato.

ART. 12 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

ART. 13 – TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

ART. 14 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata dal Contraente in nome proprio e nell'interesse di chi spetta, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 C.C.

ART. 15 – ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però, i terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi dalla Società e dal Contraente, né azione alcuna per impugnare la perizia, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che dal Contraente. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, all'atto del pagamento, dei terzi interessati.

Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di terzi che del Contraente, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto.

A tale scopo i Periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione, La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

ART.16 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);

d) sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

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

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. 12, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dalla Contraente e/o dal Broker.

ART.17 - COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla AON S.p.A. e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla AON S.p.A. la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposita tabella della Sezione 6 alla presente Polizza.

ART. 18 – CLAUSOLA BROKER

Alla Società Aon S.p.a in è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii..

Il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso. Si precisa che

qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli Assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che , con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art .55 del regolamento IVASS n.05/2006 e ss. mm. ii., il Broker è autorizzato ad incassare i premi. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della Società nella misura del 10% sul premio imponibile. Tale remunerazione sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso Broker, alla Società.

ART. 19 – OBBLIGHI DELL'APPALTATORE RELATIVI ALLA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società appaltatrice assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche ed integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) o il CUP. – CIG/CUP .

Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3. La risoluzione del contratto non andrà comunque a pregiudicare le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione, restando quindi immutato il regolare decorso dell'iter liquidativo.

L'Ente Contraente verifica in occasione di ogni pagamento alla Società e con interventi di controllo ulteriori l'assolvimento, da parte dello stesso, degli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari .

La Società si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla Prefettura - Ufficio Territoriale del Governo territorialmente competente della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

ART. 20 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 21 - TUTELA DELLA PRIVACY

Ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196, si informa che dei dati in possesso dell'ente Contraente non verrà fatto trattamento diverso da quello previsto per le finalità istituzionali e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

Rimane depositato agli atti del Contraente, il modulo relativo all'informativa a persone fisiche/giuridiche per i fornitori ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30/06/2003 n. 196 sottoscritto per presa visione dalla Società.

SEZIONE 3 – RISCHI COPERTI

ART. 1 – PERSONE ASSICURATE - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Coperture attivate automaticamente dalla data di decorrenza della Polizza:

Per gli Assicurati appartenenti alle categorie di polizza 1 – 2 – 3 – 4 – 5 - 6 – la garanzia si intende prestata per gli infortuni subiti nell'esercizio di tutte le attività universitarie intendendosi per tali tutte le attività principali e secondarie connesse con lo svolgimento degli studi, sia presso il Contraente che presso terzi, in Italia ed all'estero; è compreso il rischio in itinere per gli Assicurati appartenenti a tutte le categorie.

Sono anche compresi gli infortuni subiti dagli Assicurati durante i trasferimenti tra le varie sedi universitarie, presso altre università ed istituti, strutture diverse da quelle universitarie quali laboratori, industrie, centri di studio ecc. anche al di fuori dello stretto ambito universitario semprechè tali trasferimenti siano effettuati per motivi di studio o di necessità e riconosciuti dalla Contraente.

Si precisa che devono intendersi compresi anche i portatori di handicap.

A puro titolo esemplificativo e non limitativo, si precisa che tutti i soggetti della presente Categoria sono assicurati per gli infortuni subiti durante la frequenza, permanenza, partecipazione alle attività istituzionale dell'Università in tutto il mondo, quali anche visite presso aziende – giornate di orientamento – stages – tirocinii – laurea specialistica – abilitazioni varie – viaggi studio – visite didattiche - durante lo svolgimento e partecipazione alle attività didattiche, iniziative o manifestazioni anche sportive e culturali, ricreative, assistenziali e comunque per tutti gli infortuni connessi alla partecipazione a qualsiasi forma universitaria, pre-universitaria o post-universitaria purchè autorizzata dalla Contraente.

La garanzia vale anche durante la partecipazione degli Assicurati a corsi non rientranti nel percorso accademico ed organizzati dalla Contraente, quali i corsi promossi dal CLMA – Centro Linguistico Multimediale dell'Ateneo – o inerenti ad altra attività formativa, comprese relative prove ed esami, anche se l'iscrizione individuale a tali corsi avviene in forma privata da parte degli stessi Assicurati.

Sono inoltre considerati assicurati tutti coloro che, nell'ambito del Programma Socrates/Erasmus o similari svolgano periodi di studio presso le altre Università degli Studi durante lo svolgimento del periodo di studio, delle attività didattiche, di ricerca, formative e connesse, nonché gli spostamenti effettuati a piedi e/o con mezzi di trasporto pubblici e/o privati.

Sono compresi in garanzia anche gli iscritti alla Scuola Superiore dell'Università degli Studi di Catania. Ove per esigenze della Contraente le movimentazioni, le regolazioni premio e quanto altro connesso con la presente polizza e riferito alla Scuola Superiore dovesse essere formalizzato a mezzo di documento specifico ed apposito, la Società provvederà ad emettere siffatto allegato / appendice al contratto, fermo restando che la Contraente della polizza è e resta comunque l'Università degli Studi di Catania.

Per gli appartenenti alla categoria 7 l'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati, in qualità di Rettore, ProRettori, Direttore Generale e Direttore Generale Vicario, del Contraente subiscano in occasione del Rischio Volo" in qualità di passeggeri ("Rischio Aeronautico", art. 3 seguente). Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato dal momento in cui l'assicurato ha effettuato il check-in e si considera concluso nel momento in cui lascia i locali con accesso limitato e riservato ai passeggeri in arrivo.

Per gli appartenenti alla categoria 8 l'assicurazione vale per gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività professionali di portavalori e vale sia all'interno che all'esterno dei locali del Contraente e di terzi che durante i trasferimenti e/o tragitti dai luoghi del prelievo a quello di deposito dei valori, e viceversa, a piedi o con i normali mezzi di locomozione pubblici o privati, compreso l'uso e guida di motocicli in genere;

Per gli appartenenti alla categoria 9 la garanzia si intende prestata per gli infortuni che i dipendenti della Contraente e/o le persone autorizzate dalla Contraente subiscano in occasione di missioni, trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio e limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, durante la guida di veicoli in genere, compresi ciclomotori e motocicli, propri o di un familiare convivente, dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo di trasporto a quello in cui ne discende.

Per gli appartenenti alla categoria 10 la garanzia si intende prestata per gli infortuni che i dipendenti della Contraente e/o le persone autorizzate dalla Contraente subiscano in occasione di missioni, trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio e limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, durante la guida di veicoli dell'Ente Contraente, compresi ciclomotori e motocicli, dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del mezzo di trasporto a quello in cui ne discende. Si prende atto che il veicolo tg. FB947DN è in uso anche e principalmente al CINAP-Centro Integrazione Attiva e Partecipata dell'Università degli Studi di Catania per servizio taxi a favore degli studenti universitari con disabilità e che per tale specifica attività gli autisti possono essere dipendenti di una ditta terza.

Per ambedue le categorie 9 e 10:

L'assicurazione garantisce anche gli infortuni subiti dalle persone di cui sia autorizzato il trasporto.

La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione, anche occasionale, dell'Assicurato o dalla sede di lavoro e termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti:

- durante la messa in moto del veicolo;
- in occasione della salita o discesa dal veicolo od operazioni attorno ad esso;
- in caso di fermata del veicolo durante tutte le operazioni necessarie per la ripresa della marcia o per lo spostamento del veicolo da posizioni di intralcio;
- nel tentativo di salvataggio del veicolo e dei suoi occupanti.

Per gli appartenenti alla categoria 11 la garanzia si intende prestata per gli infortuni subiti in occasione della partecipazione degli Assicurati – non iscritti all'Ateneo - a corsi di lingua o altri corsi di attività formativa in genere organizzati dalla Contraente, presso la Contraente stessa o presso terzi, in Italia ed all'estero; è compreso il rischio in itinere.

Categoria attivabile a richiesta della Contraente:

Categoria 12: COLLABORATORI A VARIO TITOLO (volontari / staff/collaboratori in laboratorio / consulenti / cultori della materia formativa, DOCENTI, TECNICI, RICERCATORI SCIENTIFICI, ecc) qualsiasi altro soggetto di cui l'Ateneo si avvalga per svolgere attività didattica/formativa, o per il quale il Contraente abbia interesse ad attivare la presente polizza; la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società dal Contraente tramite il Broker e scadrà alla ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo.

Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art. 5 Sezione 2).

A titolo esemplificativo e non limitativo si precisa che sono compresi in garanzia, per tutte le categorie assicurate anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidati;
- gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, da ingestione o assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi, ustioni in genere;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o rettili o a punture di insetti o aracnidi, esclusi il carbonchio, la malaria e le malattie tropicali;
- l'annegamento, anche a seguito di incidente stradale;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;

- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- 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;
- 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 in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine, caduta di rocce, pietre, alberi e simili.
- 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;
- gli infortuni causati da pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di sports aerei in genere e paracadutismo.

La garanzia comprende gli infortuni derivanti dallo svolgimento di attività motoria, di qualsiasi tipo, che rientri nel curriculum formativo dei corsi di laurea e/o studio che prevedono tali attività (lezioni, esercitazioni, tirocinio, ecc.) o dalla partecipazione, anche del Contraente, a manifestazioni sportive e/o ricreative quali meeting, allenamenti, gare, tornei e simili attività.

ART.2 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso delle spese per:

- ◇ onorari dei medici, dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- ◇ rette di degenza in ospedali e case di cura;
- ◇ visite mediche, accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche;
- ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- ◇ prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari incluse le carrozzelle ortopediche;
- ◇ spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket,

anche se effettuate in regime ambulatoriale/domiciliare successivamente alla dimissione dal ricovero o alla certificazione di un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero che ha prestato le prime cure. Sono altresì comprese le spese per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze dei danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera pubblica ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento aereo in un centro ospedaliero anche privato attrezzato alla cura dell'assicurato.

La Società rimborsa, 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.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei relativi documenti giustificativi di spesa in originale. E' escluso il rimborso del costo di certificati medici rilasciati anche dal medico del S.S.N. e delle eventuali perizie medico legali di parte.

ART.3 – RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione comprende gli infortuni, compresi quelli derivanti da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ad insurrezione o tumulti popolari che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri eserciti da società di traffico regolare, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

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:

- €1.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
 - €1.500.000,00.= per il caso morte
- per persona e di:

- €7.500.000,00.= per il caso di invalidità permanente
 - €7.500.000,00.= per il caso di morte
- complessivamente per aeromobile nel caso di assicurazione di più persone.

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.7 – RISCHIO GUERRA

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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. 8 – RISCHIO IN ITINERE (GARANZIA VALIDA OVE RICHIAMATA)

La garanzia comprende il rischio in itinere, cioè gli infortuni che si verifichino a causa e/o in occasione di tutti i tragitti e trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione ed anche a piedi da e per l'abitazione e/o dimora, anche occasionale dell'Assicurato, al luogo di studio e/o lavoro o qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria attività universitaria, mansione o incarico per conto della Contraente

ART. 9 – ERNIE E SFORZI

Sono considerati infortuni le lesioni muscolari da sforzi nonché le ernie da causa violenta con l'intesa che se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, vengono corrisposte una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 3 della Sezione 5.

ART. 10 – MALATTIE RIPORTATE NEL CORSO DELL'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITÀ E DEI PROGRAMMI PER TUTTE LE CATEGORIE STUDENTI

L'assicurazione comprende le malattie riportate nel corso dell'espletamento delle attività e dei programmi e per causa a questi riconducibile (causa di servizio). La garanzia è estesa alle malattie riportate nel corso dell'espletamento delle attività e per causa a questo riconducibile (causa di servizio) che abbiano cagionato la morte o l'invalidità permanente alle seguenti condizioni:

La malattia deve insorgere nel corso del periodo assicurativo e manifestarsi entro anni uno dalla data di cessazione delle attività previste per l'espletamento del periodo di studio, delle attività didattiche, di ricerca, formative e connesse,;

Sono escluse dalla presente estensione di garanzia le malattie mentali e le nevrosi;

Il Collegio Arbitrale è competente per l'accertamento del periodo di insorgenza della malattia;

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente risarcibile ai sensi della presente estensione di garanzia, questa viene prestata con applicazione di una franchigia fissa del 5%.

ART. 11 - MALATTIA PROFESSIONALE DA RADIAZIONI PER TUTTE LE CATEGORIE STUDENTI

La garanzia è estesa agli infortuni ed alle malattie che abbiano cagionato la morte o l'invalidità permanentemente riportate nel corso dell'espletamento dell'attività e per causa riconducibile alle radiazioni, alle seguenti condizioni:

a) si considerano coperti gli infortuni che colpiscono gli assicurati esclusivamente nell'espletamento dell'attività previste dal programma di dottorato.

Ai fini della validità della garanzia gli infortuni devono avvenire a seguito di attività che prevedano l'utilizzo di sostanze radioattive per scopi didattici ed esclusivamente per fini pacifici. Si considera compresa in tal senso anche l'eventuale uso di strumentazione scientifica adeguata ed idonea all'utilizzo che ne viene fatto;

b) sono coperte dalla garanzia le malattie che colpiscono gli assicurati esclusivamente nell'espletamento delle attività previste dal programma di dottorato per effetto dell'assimilazione di radiazioni.

Ai fini della validità della garanzia, tale assimilazione deve avvenire a seguito di attività che prevedano l'utilizzo e l'applicazione di sostanze radioattive per scopi didattici ed esclusivamente per fini pacifici. Si considera compresa in tal senso anche l'eventuale uso di strumentazione scientifica adeguata ed idonea all'utilizzo che ne viene fatto;

c) Ai fini della presente estensione di garanzia in caso di I.P. da Malattia verrà applicata una franchigia del 10%.

Nel caso in cui il grado di invalidità permanente riportato sia pari o superiore al 10% l'indennizzo verrà corrisposto con l'applicazione della franchigia del 3%.

d) La validità della presente estensione di garanzia è subordinata alla conformità ed alla idoneità dei materiali e delle attrezzature adoperate – in ottemperanza alle normative vigenti in tema di prevenzione e sicurezza – al momento dell'accadimento di danno.

e) La validità della presente estensione di garanzia è subordinata alla inesistenza negli assicurati all'atto della decorrenza della presente polizza di patologie che possano ricondursi a malattia da radiazioni.

Pertanto non potranno ritenersi in garanzia i casi di malattia da radiazioni riconducibili a fatti che non siano avvenuti nel periodo assicurativo di cui alla presente polizza.

f) Ai fini della presente estensione di garanzia la Contraente si impegna a provvedere a tutti i controlli previsti in ottemperanza alle normative vigenti in materia di sicurezza e prevenzione.

g) Il periodo massimo per procedere alla definitiva valutazione dell'indennizzo viene fissato in cinque anni dal giorno dell'infortunio ovvero, in caso di malattia dal giorno della denuncia.

ART. 12 – DANNI ESTETICI

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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 € 5.000,00.= per evento. Questa somma viene riconosciuta in eccedenza al massimale della garanzia Rimborso spese mediche da infortunio.

ART. 13 – UBRIACHEZZA

A parziale rettifica di quanto indicato al precedente art. 1 l'assicurazione vale anche per gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, esclusi comunque quelli conseguenti ad ubriachezza.

ART. 14 - DIABETE

A maggior precisazione di quanto indicato nella presente polizza l'assicurazione vale anche per le persone affette da diabete, a condizione che l'infortunio non sia conseguenza diretta del diabete ed ogni complicazione riferibile al diabete esclusa.

ART. 15 - RIMPATRIO DELLA SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

In caso di decesso dell'Assicurato avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile la Società rimborsa ai beneficiari individuabili a termini di polizza, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, fino al luogo di sepoltura, entro il limite massimo di Euro 10.000,00.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto previa presentazione in originale dei documenti giustificativi.

ART. 16 - ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di 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. 17 – RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

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 ed 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, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

ART. 18 – LIMITI DI RISARCIMENTO

Nel caso l'infortunio colpisce contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, si conviene che l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 15.000.000,00=, salvo quanto previsto per il rischio aeronautico.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

ART. 19 – FRANCHIGIA SULLA INVALIDITÀ PERMANENTE

Per le categorie 7 - 9 – 10 la garanzia è prestata senza applicazione di franchigia sulla Invalidità Permanente.
Per tutti gli altri assicurati, la garanzia è prestata con l'applicazione di una franchigia fissa del 3%.

ART. 20 – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 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. 21 – PERSONE NON ASSICURABILI

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dall'art. 3) della Sezione 5 – Criteri di indennizzabilità

SEZIONE 4 – ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'Art. 11 della Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 10, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
5. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. direttamente o indirettamente da contaminazioni chimiche o batteriologiche se conseguenti ad atti di terrorismo.
8. a causa di contatto con amianto e /o absesto.

SEZIONE 5 – NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 1 – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

La denuncia del sinistro deve essere fatta per iscritto alla Società o al Broker entro 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui l'ufficio del Contraente addetto alla gestione dei contratti assicurativi ne venga a conoscenza o l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. (art. 1913 C.C.).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art.1915 C.C.).

ART. 2 – DENUNCIA DEL SINISTRO E RELATIVI OBBLIGHI

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché delle cause che lo hanno determinato.

Quanto prima il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto dovranno corredare la denuncia con la certificazione medica iniziale.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che quelle di cura siano espressamente comprese nell'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a qualsiasi indagine che questi ritengano necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

ART. 3 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità convenuta, in favore degli aventi diritto in caso di decesso, di invalidità permanente dell'Assicurato, e, se compresa in polizza per le singole categorie, di inabilità temporanea dell'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; 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'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata per il caso morte, indicata nella scheda della Sezione 6.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli art. 60 e 62 C.C.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà a tale titolo una indennità, calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta indicata nella scheda della Sezione VI.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società all'applicazione delle franchigie relative previste dalla Legge, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, 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.

Qualora preesista una “non funzionalità totale di un organo od un arto” e le conseguenze dell’infortunio comportino, a causa di tale preesistente menomazione, una invalidità permanente “bilaterale” viene liquidata una indennità pari al:

- 100% della totale nel caso di perdita totale e irrimediabile dell’uso funzionale dell’organo o arto sano;
- doppio del grado di invalidità accertata (con il massimo del 100%) nel caso di perdita parziale dell’uso funzionale dell’organo o arto sano.

L’indennità per la perdita funzionale ed 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, l’indennità è stabilita tenendo conto 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 minorati, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 75% sarà liquidata l’indennità pari all’intero capitale assicurato.

Per i casi in cui l’infortunio comporti una invalidità permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% (ventipercento) e sia certamente indennizzabile, la Società porrà a disposizione dell’assicurato, a titolo di acconto, un importo pari ad un terzo dell’indennità corrispondente all’indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l’entità presunta dell’invalidità.

Il diritto all’indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi; tuttavia, se l’Assicurato muore per causa indipendente dall’infortunio dopo che l’indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l’importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell’Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 4 – CONTROVERSIE E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all’infortunio o sul grado di Invalidità Permanente nonché sulla liquidabilità delle indennità le Parti (Società ed Assicurato) si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute le indennità, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un contraddittorio tra il medico dell’Assicurato e quello fiduciario della Società.

In caso di mancato accordo tra i due medici si procederà, con scrittura privata, a nominare quale terzo arbitro un medico designato dal Consiglio dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico; il collegio medico così costituito risiede presso il domicilio dell’Assicurato.

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

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

E’ data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l’opportunità, l’accertamento definitivo dell’Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sulle indennità da imputarsi nella liquidazione definitiva dell’infortunio.

ART. 5 – LIQUIDAZIONE DELL’INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte della Società.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

ART. 6 – CUMULO DI INDENNITÀ

L'indennità per inabilità temporanea al pari della diaria da ricovero ed al rimborso spese mediche è cumulabile con quella per morte o per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro 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 dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederanno il 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 causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 7 – RINUNCIA ALL'AZIONE DI SURROGA

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

SEZIONE 6 – CATEGORIE ASSICURATE – PRESTAZIONI E SOMME ASSICURATE**Art.1 – Persone assicurate**

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie di seguito indicate, per prestazioni e somme riportate nelle relative tabelle.

CATEGORIA 1	STUDENTI DELL'ATENEO - anche se fuori corso - A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO : ISCRITTI A CORSI DI LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO; I° II° III° LIVELLO; MASTER; DIPLOMA UNIVERSITARIO; SPECIALISTICA A CICLO UNICO (ANNI 5 O PIU'), TIROCINANTI, STAGISTI, BORSISTI, CORSISTI, ASSEGNATARI DI BORSE DI STUDIO ANCHE ALL'ESTERO, STUDENTI AMMESSI CON RISERVA MA NON ISCRITTI, COMPRESI GLI ISCRITTI ALLA SCUOLA SUPERIORE DELL'UNIVERSITÀ
CATEGORIA 2	STUDENTI IN COLLABORAZIONE PART TIME
CATEGORIA 3	STUDENTI ISCRITTI AI DOTTORATI E AI POST DOTTORATI DI RICERCA- ASSEGNISTI DI RICERCA, PRESSO QUALSIASI FACOLTA'.
CATEGORIA 4	STUDENTI SPECIALIZZANDI SENZA BORSA DI STUDIO, ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, TIROCINANTI POST LAUREA ANCHE ALL'ESTERO, TIROCINANTI AVVOCATURA, TIROCINANTI A PROGRAMMI INTERNAZIONALI E NAZIONALI
CATEGORIA 5	STUDENTI CHE SEGUONO SINGOLI INSEGNAMENTI UNIVERSITARI SENZA ESSERE ISCRITTI AD UN CORSO DI LAUREA
CATEGORIA 6	STUDENTI INCOMING STUDENTI DI ALTRI ATENEI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO : PROVENIENTI DA ALTRE UNIVERSITA' ANCHE STRANIERE NELL'AMBITO DI PROGETTI COMUNITARI E NON, ERASMUS E SIMILI, TIROCINI, BORSE DI STUDIO, BORSE DI COLLABORAZIONE, STAGE, CORSI A VARIO TITOLO, MASTER, ECC.
CATEGORIA 7	ORGANI DI GOVERNO ED ORGANI AMMINISTRATIVI: Rettore, Prorettore, Direttore Generale, Direttore Generale Vicario
CATEGORIA 8	PORTAVALORI
CATEGORIA 9	DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEL MEZZO PROPRIO DI TRASPORTO IN OCCASIONI DI MISSIONI O ADEMPIMENTI DI SERVIZIO PER L'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI
CATEGORIA 10	DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEI VEICOLI DELL'ENTE
CATEGORIA 11	PARTECIPANTI A CORSI DI LINGUA O ALTRA ATTIVITA' FORMATIVA E DI RESPONSABILITA' DELLA CONTRAENTE OVUNQUE ORGANIZZATA (non iscritti all'università)
CATEGORIA 12	COLLABORATORI A VARIO TITOLO (volontari / staff/collaboratori in laboratorio / consulenti / cultori della materia formativa, DOCENTI, TECNICI, RICERCATORI SCIENTIFICI, ecc) qualsiasi altro soggetto di cui l'ateneo si avvalga per svolgere attività didattica/formativa (NON

DIPENDENTI)

CATEGORIA 1 A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO : Studenti regolarmente iscritti a qualsiasi facoltà del Contraente- anche fuori corso - per corsi di laurea vecchio ordinamento, corsi di laurea I, II e III livello, iscritti a master ed a corsi per il conseguimento del diploma universitario, iscritti a corsi di laurea specialistica a ciclo unico (5 o più anni).

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 1	N° 55.000
-----------------------------------	-----------

CATEGORIA 2 STUDENTI PART TIME

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	150.000,00=
Caso Invalidità Permanente	150.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	2.500,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 2	N° 500
-----------------------------------	--------

CATEGORIA 3 STUDENTI ISCRITTI AI DOTTORATI E AI POST DOTTORATI DI RICERCA- ASSEGNISTI DI RICERCA

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 3	N° 500
-----------------------------------	--------

CATEGORIA 4 STUDENTI SPECIALIZZANDI SENZA BORSA DI STUDIO, ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, TIROCINANTI POST LAUREA ANCHE ALL'ESTERO TIROCINANTI AVVOCATURA, TIROCINANTI A PROGRAMMI INTERNAZIONALI E NAZIONALI

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 4	N° 342
-----------------------------------	--------

CATEGORIA 5 STUDENTI CHE SEGUONO SINGOLI INSEGNAMENTI UNIVERSITARI SENZA ESSERE ISCRITTI AD UN CORSO DI LAUREA

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 5	N° 1600
-----------------------------------	---------

CATEGORIA 6 STUDENTI INCOMING DI ALTRI ATENEI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO : PROVENIENTI DA ALTRE UNIVERSITA' ANCHE STRANIERE NELL'AMBITO DI PROGETTI COMUNITARI E NON, ERASMUS E SIMILI, TIROCINI, BORSE DI STUDIO, BORSE DI COLLABORAZIONE, STAGE, CORSI A VARIO TITOLO, MASTER, ECC.

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 6	N° 500
-----------------------------------	--------

CATEGORIA 7 ORGANI DI GOVERNO E ORGANI AMMINISTRATIVI

Assicurati: Rettore, Prorettore, Direttore Generale e Direttore Generale Vicario

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	1.000.000,00=
Caso Invalidità Permanente	1.500.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	10.000,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 7	N° 4
-----------------------------------	------

CATEGORIA 8 PORTAVALORI

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	150.000,00=
Caso Invalidità Permanente	150.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	2.500,00

Preventivo Assicurati CATEGORIA 8	N° 12
-----------------------------------	-------

CATEGORIA 9 DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEL PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO IN OCCASIONE DI MISSIONI O ADEMPIMENTI DI SERVIZIO PER L'ESPLETAMENTO DELLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

Preventivo chilometraggio annuale CATEGORIA 9	Km. 800.000
-----------------------------------------------	-------------

CATEGORIA 10 DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEI VEICOLI DELLA CONTRAENTE

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	250.000,00=
Caso Invalidità Permanente	250.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	5.000,00

N° Veicoli dell'Ateneo CATEGORIA 10	N° 33
-------------------------------------	-------

CATEGORIA 11 PARTECIPANTI A CORSI DI LINGUA O ALTRA ATTIVITA' FORMATIVA E DI RESPONSABILITA' DELLA CONTRAENTE OVUNQUE ORGANIZZATA (non iscritti all'università)

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	105.000,00=
Caso Invalidità Permanente	105.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	2.500,00=

Preventivo Assicurati CATEGORIA 11	N. 200
------------------------------------	--------

CATEGORIA ATTIVABILE A RICHIESTA DELLA CONTRAENTE :

CATEGORIA 12 COLLABORATORI A VARIO TITOLO (volontari / staff/collaboratori in laboratorio / consulenti / cultori della materia formativa, DOCENTI, TECNICI, RICERCATORI SCIENTIFICI, ecc) qualsiasi altro soggetto di cui l'ateneo si avvalga per svolgere attività didattica/formativa

Garanzia	Capitali assicurati per persona €
Caso Morte	105.000,00=
Caso Invalidità Permanente	105.000,00=
Rimborso Spese mediche da infortunio	2.500,00=

ATTIVAZIONE SU RICHIESTA	N° 0
--------------------------	------

Relativamente alla Categoria 9 e Categoria 10

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva comunicazione dei dati identificativi dei veicoli, nonché delle generalità delle persone assicurate che usano tali mezzi.

Per l'identificazione di tali elementi e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei registri o di altri documenti equipollenti sui quali il Contraente si impegna a registrare in modo analitico:

- data e luogo della missione/servizio;
- generalità degli Assicurati autorizzati alla missione/servizio;
- dati identificativi del veicolo utilizzato;
- numero dei chilometri percorsi per la sola categoria 9

Art. 2 - Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa alla firma della presente polizza ed alle successive scadenze annuali, a titolo di premio anticipato, gli importi riportati nelle seguenti tabelle "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni e/o dati consuntivi comunicati dalla Contraente ai sensi dell'art. 5 Sezione 2, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.4 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile, salvo per gli assicurati appartenenti alla categoria 12 "attivabile a richiesta".

Categoria	Entità dato	Tipo dato variabile	Premio lordo pro-capite o tasso lordo applicato	Totale
1. STUDENTI REGOLARMENTE ISCRITTI A QUALSIASI FACOLTÀ DEL CONTRAENTE- ANCHE FUORI CORSO - PER CORSI DI LAUREA VECCHIO ORDINAMENTO, CORSI DI LAUREA I, II E III LIVELLO, ISCRITTI A MASTER ED A CORSI PER IL CONSEGUIMENTO DEL DIPLOMA UNIVERSITARIO, ISCRITTI A CORSI DI LAUREA SPECIALISTICA A CICLO UNICO	55.000	N° assicurati		€.....=

(5 O PIÙ ANNI).				
2 STUDENTI PART TIME	500	N° assicurati		€.....=
3 STUDENTI ISCRITTI AI DOTTORATI E AI POST DOTTORATI DI RICERCA-ASSEGNISTI DI RICERCA	500	N° assicurati		€.....=
4 STUDENTI SPECIALIZZANDI SENZA BORSA DI STUDIO, ISCRITTI A SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, TIROCINANTI POST LAUREA ANCHE ALL'ESTERO TIROCINANTI AVVOCATURA, TIROCINANTI A PROGRAMMI INTERNAZIONALI E NAZIONALI	342	N° assicurati		€.....=
5 STUDENTI CHE SEGUONO SINGOLI INSEGNAMENTI UNIVERSITARI SENZA ESSERE ISCRITTI AD UN CORSO DI LAUREA	1600	N° assicurati		€.....=
6 STUDENTI INCOMING DI ALTRI ATENEI A TITOLO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO : PROVENIENTI DA ALTRE UNIVERSITA' ANCHE STRANIERE NELL'AMBITO DI PROGETTI COMUNITARI E NON, ERASMUS E SIMILI, TIROCINI, BORSE DI STUDIO, BORSE DI COLLABORAZIONE, STAGE, CORSI A VARIO TITOLO, MASTER, ECC	500	N° assicurati		€.....=
7 ORGANI DI GOVERNO E ORGANI AMMINISTRATIVI	4	N° assicurati		€.....=
8 PORTAVALORI	12	N° assicurati		€.....=
9 DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEL PROPRIO MEZZO DI TRASPORTO IN OCCASIONE DI MISSIONI O ADEMPIMENTI DI SERVIZIO PER L'ESPLETAMENTO	Km. 800.000	KILOMETRI PERCORSI		€.....=

DELLE ATTIVITA' ISTITUZIONALI				
10 DIPENDENTI E PERSONE AUTORIZZATE DALLA CONTRAENTE A SERVIRSI DEI VEICOLI DELL' ENTE CONTRAENTE	N°33 veicoli	Veicoli parco auto dell'ente		€.....=
11 PARTECIPANTI A CORSI DI LINGUA O ALTRA ATTIVITA' FORMATIVA E DI RESPONSABILITA' DELLA CONTRAENTE OVUNQUE ORGANIZZATA (non iscritti all'università)	200	N° assicurati		€.....=
12 COLLABORATORI A VARIO TITOLO (volontari / staff/collaboratori in laboratorio / consulenti / cultori della materia formativa, DOCENTI, TECNICI, RICERCATORI SCIENTIFICI, ecc) qualsiasi altro soggetto di cui l'Ateneo si avvalga per svolgere attività didattica/formativa	=====	N° assicurati		€ 0,00= pagamento in fase di regolazione se richiesta attivazione
TOTALE				€.....=

Scomposizione del premio alla firma anticipato del periodo 31.03.2017 – 31.03.2018 **relativo alle sezioni con attivazione automatica:**

Premio annuo imponibile	€	.,=
Imposte	€	.,=
TOTALE	€	.,=

Scomposizione del premio annuo anticipato della rata futura **relativo alle sezioni con attivazione automatica:**

Premio annuo imponibile	€	.,=
Imposte	€	.,=

TOTALE	€	.=
---------------	---	----

ART.3 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.4 – Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ
