

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

Capitolato speciale

LOTTO n. 3

Stipulata tra:

*Università degli Studi di
Catania*

E

[Nome Società]

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

Art. 1 – Definizioni

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

Annualità assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato:	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Comunicazioni:	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Franchigia:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente:	La diminuzione o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Malattia professionale:	la malattia che sia compresa tra quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. n. 1124 e successive modifiche.
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.

Massimale per sinistro:	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

Art. 2 - Soggetti assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie 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 all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare 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.

L'Assicurazione copre automaticamente tutti gli Assicurati senza alcuna notifica preventiva dei rischi, purché 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 del presente contratto.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.

Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

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

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

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

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

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione (opzione base)

L'Assicurazione ha durata di 2 (due) anni con decorrenza dalla data di stipula.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta.

È però facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria.

Art. 3 - Durata dell'assicurazione (opzione migliorativa)

L'Assicurazione ha durata di 2 (due) anni con decorrenza dalla data di stipula.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto pertanto, salvo diverso accordo fra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta.

È però facoltà del Contraente richiedere alla Società una proroga tecnica, temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza o cessazione.

Si conviene che le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con lettera raccomandata da inviarsi con almeno 120 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza anniversaria. **Seguito offerta migliorativa in sede di gara, la Società rinuncia alla facoltà di recesso.**

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

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

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

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

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

- a) L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

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

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

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

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

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

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

- c) L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.
- d) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 – Regolazione del premio

L'assicurazione è prestata in forma non nominativa e il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo

assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fessargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa, D.Lgs 231/2002 e smi..

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Art. 6 – Recesso per Sinistro (Opzione base)

Dopo ogni sinistro e fino al 60 giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 60 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 13– "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Art. 6 – Recesso per Sinistro (opzione migliorativa)

Non si applica al presente contratto.

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

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure alla Marsh S.p.A., alla quale il Contraente ha conferito incarico di assistenza e consulenza assicurativa.

Art. 9 - Oneri fiscali

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

Art. 10 - Foro competente

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

Art. 11 - Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società

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

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

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

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

La Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:

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

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

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

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

Art. 15 – Servizio di assistenza e consulenza assicurativa

La stazione appaltante si avvale del "servizio di assistenza e consulenza assicurativa" della Marsh S.p.A., con sede operativa in Catania - V.le Vittorio Veneto 30 - Tel. 095/2503729, 095/2503739 - Email: salvatore.petracca@marsh.com
paola.durso@marsh.com

Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla L. n° 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della

propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.

La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall'art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all'altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all'art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione

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

Art. 19 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 20 - Coassicurazione e Delega

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell'indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 21 – 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.

Art. 22 – Tutela della Privacy

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche, 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.

Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

Art.1 - Oggetto della copertura

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli Assicurati subiscono nell'esercizio di tutte le attività universitarie, intendendosi per tali tutte le attività principali e secondarie connesse allo 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 compresi in garanzia 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, etc., anche al di fuori dello stretto ambito universitario sempreché tali trasferimenti siano effettuati per motivi di studio o di necessità e riconosciuti dalla Contraente.

A titolo puramente esemplificativo e non limitativo, si precisa che sono compresi in garanzia gli infortuni subiti dagli Assicurati durante la frequenza, permanenza, partecipazione alle attività istituzionali dell'Università in tutto il mondo - quali anche visite presso aziende, giornate di orientamento, abilitazioni varie, viaggi studio, visite didattiche - durante lo svolgimento e partecipazione alle attività didattiche, sportive, iniziative o manifestazioni culturali, ricreative, assistenziali e comunque per tutti gli infortuni connessi alla partecipazione a qualsiasi forma universitaria, pre-universitaria o post-universitaria purché autorizzata dalla Contraente.

CATEGORIA 1 L'Assicurazione vale per tutti gli studenti dell'Ateneo. A titolo esemplificativo e non esaustivo: Studenti dell'Ateneo, anche se fuori corso, iscritti a corsi di laurea vecchio ordinamento, I°, II°, III° livello, Master di qualsiasi livello, Diploma universitario, specialistica a ciclo unico (5 anni o più), tirocinanti, stagisti, borsisti, corsisti, assegnatari di borse di studio anche all'estero, studenti ammessi con riserva ma non iscritti, studenti in collaborazione part-time presso l'Ateneo, studenti presso la Scuola Superiore dell'Ateneo, iscritti ai dottorati, ai post dottorati di ricerca, assegnisti di ricerca, specializzandi senza borsa di studio, iscritti a scuole di specializzazione, tirocinanti post laurea anche all'estero, tirocinanti avvocatura, tirocinanti in programmi nazionali ed internazionali, iscritti a singoli insegnamenti universitari (senza essere iscritti ad un corso di laurea), studenti *Incoming*, studenti provenienti da altri Atenei anche stranieri nell'ambito di progetti comunitari e non, Erasmus e simili, partecipanti a corsi di lingua e ai test di ammissione ai corsi di laurea, scuole di specializzazione e a qualsiasi altro corso comunque denominato organizzato dall'Ateneo, o altra attività formativa e di responsabilità della Contraente ovunque organizzata (anche non iscritti all'Ateneo), volontari del servizio civile.

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 altre attività formative, comprese relative a prove ed esami, anche se l'iscrizione individuale a tali corsi avviene in forma privata da parte degli stessi Assicurati.

Inoltre, sono considerati Assicurati coloro che, nell'ambito del Programma SOCRATES/ERASMUS, o similari, svolgono periodi di studio presso le altre Università 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, i quali Assicurati, per la natura stessa del percorso formativo di eccellenza, usufruiscono h24 delle strutture residenziali a loro dedicate.

CATEGORIA 2 L'Assicurazione vale per gli infortuni che i dipendenti della Contraente e/o le persone autorizzate dalla Contraente subiscono 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. Sono compresi i guidatori e le persone trasportate con i mezzi dell'Ateneo.

CATEGORIA 3 Si precisa che il veicolo targato FB947DN è in uso anche e principalmente al CINAP, il Centro Integrazione Attiva e Partecipata della Contraente, 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.

CATEGORIA 2-3 L'Assicurazione vale dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente che esso avvenga dal luogo di abitazione, anche occasionale, degli Assicurati o dalla sede di lavoro e termina al ritorno degli Assicurati 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 del 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.

CATEGORIA 4 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, durante i trasferimenti e/o tragitti dai luoghi del prelievo a quello di deposito dei valori, e viceversa, a piedi o con mezzi di trasporto pubblici e/o privati, compreso l'uso e guida di motocicli in genere.

CATEGORIA 5 L'Assicurazione vale per gli infortuni subiti dai collaboratori a vario titolo (volontari, staff, collaboratori in laboratorio, consulenti, cultori della materia formativa, docenti a contratto, tecnici, ricercatori scientifici, etc.) e qualsiasi altro soggetto di cui l'Ateneo si avvalga per svolgere attività didattica/formativa, ad eccezione dei soggetti coperti dall'INAIL per legge.

Si precisa che, i frequentatori che svolgono attività e/o accedono a vario titolo presso le strutture dell'Università e che non siano già dipendenti e studenti dell'Ateneo devono provvedere, con oneri a proprio carico, alla stipula delle polizze assicurative infortuni.

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

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza dell'Assicurato;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, 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 abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;

- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;
- s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- v) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Art.2 – Estensioni di garanzia

A. Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per 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.

B. Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

C. Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, ivi compresi eventuali accompagnatori, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di € 10.000,00.

D. 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 o di riduzione dell'efficienza estetica, 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 € 10.000,00 per evento.

E. 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 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:

- € 2.000.000,00 = per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00 = per il caso morte

per persona e di:

- € 10.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00= 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.

F. Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato "Esclusioni", 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.

G. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia fissa del 5%. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilità in € 250.000,00.

H. Missioni e trasferte

Per le categorie per le quali non è assicurato il rischio "extra-professionale", si precisa che in caso di viaggio, trasferimento o missione di servizio o simili, si intenderanno comunque coperti, oltre al rischio "professionale" e al "rischio in itinere", anche eventuali infortuni occorsi in attività diverse da quelle "professionali" durante il tempo libero tra l'inizio del viaggio, trasferimento, missione e il rientro presso la sede e/o il domicilio.

I. 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 e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.

L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.

J. Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 500.000,00.

K. Malattie professionali (valida solo per gli studenti dell'Ateneo) (opzione base)

L'assicurazione comprende le malattie riportate nel corso dell'espletamento delle attività e dei programmi e per causa a questi 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 1 (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, ai sensi della presente estensione di garanzia, questa viene prestata con applicazione di una franchigia fissa del 5%.

Malattie professionali (valida solo per gli studenti dell'Ateneo) (opzione migliorativa)

L'assicurazione comprende le malattie riportate nel corso dell'espletamento delle attività e dei programmi e per causa a questi 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 1 (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, ai sensi della presente estensione di garanzia, questa viene prestata con applicazione di una franchigia fissa del 3%.

L. Malattie professionali da Radiazioni (valida solo per gli studenti dell'Ateneo) (opzione base)

La garanzia è estesa agli infortuni e alle malattie che abbiano cagionato la morte o l'invalidità permanente riportate nel corso dell'espletamento dell'attività e per causa riconducibile alle radiazioni.

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.

Ai fini della presente estensione di garanzia, in caso di Invalidità Permanente 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%.

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

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.

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.

Il periodo massimo per procedere alla definitiva valutazione dell'indennizzo viene fissato in anni 5 (cinque) dal giorno dell'infortunio, ovvero, in caso di malattia dal giorno della denuncia.

Malattie professionali da Radiazioni (valida solo per gli studenti dell'Ateneo) (opzione migliorativa)

La garanzia è estesa agli infortuni e alle malattie che abbiano cagionato la morte o l'invalidità permanente riportate nel corso dell'espletamento dell'attività e per causa riconducibile alle radiazioni.

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.

Ai fini della presente estensione di garanzia, in caso di Invalidità Permanente da Malattia, verrà applicata una franchigia del 5%. Nel caso in cui il grado di invalidità permanente riportato sia pari o superiore al 5%, l'indennizzo verrà corrisposto con l'applicazione della franchigia del 3%.

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

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.

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.

Il periodo massimo per procedere alla definitiva valutazione dell'indennizzo viene fissato in anni 5 (cinque) dal giorno dell'infortunio, ovvero, in caso di malattia dal giorno della denuncia.

M. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art. 1 (Oggetto della copertura), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4 - Controversie – della Sezione 4.

N. Elevazione della somma assicurata in caso di aggressioni e atti violenti

La Società, per il caso di morte dovuta ad aggressione, atti di terrorismo o attentato, corrisponderà, in aggiunta alla somma prevista in polizza, un'ulteriore somma pari al 50% di quella assicurata per il caso di morte.

Art.3 – 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'articolo denominato "Rischio guerra";
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato "Rischio Aeronautico";
3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;

4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista, Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

Art.4 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottant'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;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni

Art.1 – Casi assicurati

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati.

A ciascun caso assicurato si applicano le singole garanzie e le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, entro due anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

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.

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.

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 convenzione.

C. INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Società, in caso di infortunio, delle franchigie relative stabilite, 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.

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.

Invalidità Permanente Grave

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 70%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

D. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'invalidità permanente o l'incapacità temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi, anche se effettuate in regime ambulatoriale/domiciliare successivamente alla dimissione dal ricovero o alla certificazione di un Pronto Soccorso di 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, nel luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborserà altresì le spese di trasferimento aereo in un centro ospedaliero, anche privato, attrezzato alla cura dell'Assicurato.

La Società rimborserà, 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.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, ecc.. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

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 le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata alla Marsh S.p.A. o alla Società, entro il 30 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto conoscenza.

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, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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 siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

Art.3 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità 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.

Art.4 – 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. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro ed entro il termine di 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione.

Art.5 - Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.

Art.6 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle 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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

Sezione 5 – Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio

Art. 1 – Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

CATEGORIA 1 – STUDENTI dell'ATENEO – nr. 47.000

A titolo esemplificativo e non esaustivo: Studenti dell'Ateneo, anche se fuori corso, iscritti a corsi di laurea vecchio ordinamento, I°, II°, III° livello, Master di qualsiasi livello, Diploma universitario, specialistica a ciclo unico (5 anni o più), tirocinanti, stagisti, borsisti, corsisti, assegnatari di borse di studio anche all'estero, studenti ammessi con riserva ma non iscritti, studenti in collaborazione part-time presso l'Ateneo, studenti presso la Scuola Superiore dell'Ateneo, iscritti ai dottorati, ai post dottorati di ricerca, assegnisti di ricerca, specializzandi senza borsa di studio, iscritti a scuole di specializzazione, tirocinanti post laurea anche all'estero, tirocinanti avvocatura, tirocinanti in programmi nazionali ed internazionali, iscritti a singoli insegnamenti universitari (senza essere iscritti ad un corso di laurea), studenti *incoming*, studenti provenienti da altri Atenei anche stranieri nell'ambito di progetti comunitari e non, Erasmus e simili, partecipanti a corsi di lingua o altra attività formativa e di responsabilità della Contraente ovunque organizzata (non iscritti all'Ateneo).

È incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e/o privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi relativamente a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata all'attività assicurata.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte <i>(somma assicurata minima - non verranno accettate offerte inferiori ai limiti qui indicati)</i>	€ 350.000,00
Invalità permanente <i>(somma assicurata minima - non verranno accettate offerte inferiori ai limiti qui indicati)</i>	€ 350.000,00
Rimborso spese mediche	€ 10.000,00

CATEGORIA 2 – DIPENDENTI IN MISSIONE (uso mezzo proprio) - Km 333.000 annui

Dipendenti e persone autorizzate dalla Contraente a servirsi del mezzo proprio di trasporto in occasione di missioni o adempimenti di servizio per l'espletamento delle attività istituzionali.

È incluso il "rischio in itinere" nonché tutti gli spostamenti effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e/o privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi relativamente a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata all'attività assicurata.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 250.000,00
Invalità permanente	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00

CATEGORIA 3 – DIPENDENTI IN MISSIONE (uso mezzo dell’Ateneo) – nr. 29

Dipendenti e persone autorizzate dalla Contraente a servirsi dei veicoli di proprietà dell’Ateneo.

È incluso il “rischio in itinere” nonché tutti gli spostamenti effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi relativamente a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata all’attività assicurata.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 250.000,00
Invalità permanente	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00

CATEGORIA 4 – PORTAVALORI – nr. 21

L’assicurazione è prestata per gli infortuni verificatisi nell’espletamento dell’attività professionale di portavalori, a seguito di furto e rapina.

È incluso il “rischio in itinere” nonché tutti gli spostamenti effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi relativamente a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata all’attività assicurata.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 150.000,00
Invalità permanente	€ 150.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 2.500,00

CATEGORIA 5 – COLLABORATORI dell’Ateneo a vario titolo – nr. 500

A titolo esemplificativo e non esaustivo: volontari, staff, collaboratori presso i laboratori, consulenti, cultori della materia formativa, docenti a contratto, tecnici, ricercatori scientifici, qualsiasi altro soggetto di cui l’Ateneo si avvalga per svolgere attività didattica e formativa (non dipendenti dell’Ateneo).

È incluso il “rischio in itinere” nonché tutti gli spostamenti effettuati anche con mezzi di trasporto pubblici e privati.

Sono dunque esclusi dalla garanzia gli infortuni verificatisi relativamente a qualsiasi attività extraprofessionale comunque non collegata all’attività assicurata.

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 250.000,00
Invalità permanente	€ 250.000,00
Rimborso Spese Mediche	€ 5.000,00

Art. 2 – Calcolo del premio

Il premio, **comprese imposte**, risulta così determinato:

Cat.	Descrizione	Parametro	Premio per parametro	Premio complessivo
1	STUDENTI dell'ATENEO	n° 47.000 Assicurati	€	€
2	DIPENDENTI IN MISSIONE (uso mezzo proprio)	Km annui 333.000	€	€
3	DIPENDENTI IN MISSIONE (uso mezzo dell'Ateneo)	Nr. 29 veicoli	€	€
4	PORTAVALORI	Nr. 21 assicurati	€	€
5	COLLABORATORI dell'Ateneo	Nr. 500	€	€

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
Totale	€

Art. 3 – Limiti per evento catastrofale

Nel caso l'infornio colpisce contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di unico evento, si conviene che l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 20.000.000,00, 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.

Il Contraente

La Società

.....

.....