

1031

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00171099683

AGENZIA VERONA										NUMERO ARCHIVIO 171099683	
COD. AG. 1/53519	COD. SUBAG. 149	RAMO 77	NUMERO POLIZZA 202519116	N. ARCH. AG.	PRODOTTO 1031	CLASSE 10	ESERCIZIO 2024	R. PR. 1	GRUPPI 0	D.P. 0	INDICE (TIPO E NUMERO)
EFFETTO POLIZZA 31/12/2024		SCADENZA POLIZZA 31/12/2029		SCADENZA PRIMA RATA 31/12/2025		CODICE RATEAZIONE 1		ANNUALE		DATA EMISSIONE 23/12/2024	
CONVENZIONE				COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE 87662		CODICE PAG.		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA 93009870234	
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA - VIA DELL' ARTIGLIERE, 8 - 37129 VERONA VR											
PREMIO NETTO 76.759,28		ACCESSORI 11.513,89		PREMIO TASSABILE 88.273,17		TASSE 2.206,83		TOTALE PREMIO PRIMA RATA * 90.480,00		PROV. RISCHIO VR	
PREMIO NETTO 76.759,28		ACCESSORI 11.513,89		PREMIO TASSABILE 88.273,17		TASSE 2.206,83		TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE 90.480,00		COMBINAZIONE	

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

GRUPPO 1

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE		30.830			
			TASSO ‰	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
			0,006	6.166.000.000,00	38.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE			FRANCHIGIA % (2)		
			0,004	9.249.000.000,00	38.000,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)			FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				1.541.500,00	2.260,48
			FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

GRUPPO 2

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE		132			
			TASSO ‰	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
			0,151	26.400.000,00	4.000,00
INVALIDITÀ PERMANENTE			FRANCHIGIA % (2)		
			0,101	39.600.000,00	4.000,00
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)			FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				6.600,00	2.012,69
			FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

88.273,17

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

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

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 79.642,50.

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**Il Contraente dichiara:**

- ✓ di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Polizza i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo 1031 edizione comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo modello 1031 edizione, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute negli ALLEGATI di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE**

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa
- ✓ di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 23/12/2024

Il premio della rata alla firma è stato pagato il

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

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

L'Agente o l'Incaricato

1031

Allegato testo aggiuntivoNUMERO POLIZZA
AGENZIA1/53519/77/202519116
VERONA

CODICE SUBAGENZIA 149

Contraente/Assicurato
Domicilio
Partita IVAUNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
VIA DELL'ARTIGLIERE, 8 - 37129 VERONA - VR
93009870234

Il presente contratto - emesso a seguito di procedura per l'affidamento di servizi assicurativi indetta dal Contraente, a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Compagnia UNIPOLSAI Assicurazioni - è regolato:

1. dal frontespizio di polizza riportante i dati essenziali del contratto;
2. dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato;
3. dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni del capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato

Sezione V Esclusioni**Art. 29 Limite di età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 83 anni. Per quelle persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, la copertura assicurativa resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

Art. 29 bis - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 50.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Sezione VI - PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA**Art. 36 - DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE**

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista all'assicurato cui siano applicate bende gessate o tutore immobilizzante, per l'intera durata dell'immobilizzazione e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione SOGGETTI ASSICURATI - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE.

Art. 37 - DANNI ESTETICI

Elevazione della somma a € 3.000,00

Codice CIG.: B2E2F5E52B

FERMO IL RESTO

Copertura assicurativa

INFORTUNI

POLIZZA N. 1/53519/149/77/202519116

La presente polizza è stipulata tra **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA**
e

Società **UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA**
AGENZIA BARDINI E PADOVANI SRL
CORSO CAVOUR N.35 - 37121 VERONA
P.IVA 02387900232

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.12.2024

alle ore 24 del 31.12.2029

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al 31.12. di ogni annualità

Scheda di polizza

SCHEDA DI POLIZZA

NUMERO DI POLIZZA	
CONTRAENTE	UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
SEDE LEGALE	Via Dell' Artigliere 8 - 37129 - Verona (VR)
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	93009870234
ATTIVITÀ SVOLTA	
PERIODO DI ASSICURAZIONE	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2024 Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2029
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€ 88.273,17
IMPOSTE	€ 2.206,83
PREMIO LORDO ANNUO	€ 90.480,00
FRAZIONAMENTO	ANNUALE
BROKER – INTERMEDIARIO	Aon S.p.A.
ALiquota PROVVIGIONALE	8% applicato sul premio imponibile
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	

Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società xx è regolato:

- ✓ dal frontespizio di polizza e dalla *SCHEDA DI POLIZZA* riportanti i dati essenziali del contratto;
- ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato;
- ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato.

DEFINIZIONI

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	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.
--	---

Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker – Intermediario	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Dipendente	Il soggetto collegato al Contraente da un rapporto di impiego, cioè il personale compreso e non compreso nell'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro (INAIL). In particolare, le persone che hanno con l'assicurato un rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato, oppure che, pur non essendo in rapporto di dipendenza, siano incaricate o autorizzate a partecipare ad attività o lavori per conto del Contraente
Franchigia	La parte di danno che non è indennizzata.
Indennizzo – Risarcimento	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, 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, che abbiano per conseguenza morte e/o invalidità permanente e/o inabilità temporanea.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, a seguito di infortunio o di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale	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 e/o uso.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzione annua	Retribuzione annua lorda costituita dalle voci retributive erogate ai dipendenti, e cioè tutto quanto al lordo delle ritenute, l'assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (a esempio, stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto e alloggio eventualmente dovuti all'assicurato). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale.
Ricovero	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Rischio extra professionale	Gli eventi che si verificano nello svolgimento di qualsiasi attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari, il

	tempo libero, la pratica di hobby e in genere di qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.
Rischio in itinere	Infortunio che si verifichi a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione (compresa anche la salita e la discesa dai mezzi stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del mezzo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia) e anche a piedi, dall'abitazione (abituale od occasionale) dell'assicurato e il luogo di lavoro (abituale od occasionale), ove si rechi a svolgere attività, mansioni o incarichi per conto dell' Ateneo Contraente, e viceversa. La definizione di "itinere" comprende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto: ✓ dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo); ✓ dal luogo di lavoro ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa; ✓ dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro luogo se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, e simili); ✓ dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.
Rischio professionale	Gli eventi che si verificano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e/o accessorie e/o occasionali, svolte dall'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società Assicuratore/i – Compagnia	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici .
Somma assicurata	Il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata e relativo indennizzo della prestazione garantita.

SEZIONE II ATTIVITÀ E CARATTERISTICHE DEL RISCHIO

Università.

L'assicurazione è operante in relazione all'espletamento di compiti, mansioni, attività e competenze istituzionalmente previsti, consentiti o delegati, esercitati per legge, regolamenti, delibere o provvedimenti emanati da propri organi (compresi eventuali modifiche e/o integrazioni) e per tutte le attività, svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario.

L'assicurazione comprende altresì tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali sopra elencate, comunque e ovunque svolte, nessuna esclusa né eccezzuata.

SEZIONE III CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – OPZIONE DI RINNOVO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, ai sensi dell'art. 120, comma 10, del D.Lg. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi, anche nel caso in cui venga inviata il recesso annuale di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE*. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verifichino le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, articolo 1, comma 13, convertito in Legge 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario. Nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio 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 e il 10% di quelle non ancora eseguite.

Ai sensi dell'articolo 14 comma 4 del D.Lgs. 36/2023, l'Ente Contraente si riserva la facoltà di esercitare l'opzione di rinnovo espresso per una durata massima pari a quella dell'iniziale appalto, alle medesime condizioni economiche e normative in corso, previa adozione di apposito atto e obbligo della Società di accettare tale richiesta. Il relativo premio sarà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*.

Questa disposizione non è operante nel caso in cui la Società abbia comunicato, nei termini di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la propria volontà di non procedere al rinnovo.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza anniversaria mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi di cui all'articolo *DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA – OPZIONE DI RINNOVO*.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 3 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 3 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 3 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento indicato in *SCHEDA DI POLIZZA*.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973, la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 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 D.P.R. 602/1973. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile 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 dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex articoli 17 e 18 del D.Lgs. 36/2023, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, compreso l'inoltro da parte della Società al Contraente della corretta garanzia definitiva e della relativa polizza. Il Broker provvederà a segnalare alla Società tali situazioni.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 1 mese dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 6 REVISIONE DEL PREZZO

a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell' art. 60 del D.Lgs 36/2023, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, ma solo nel caso in cui tale variazione risulti superiore al 5% del premio annuo imponibile, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto.

b) La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 1 mese, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto, in aumento o in diminuzione, a decorrere dalla nuova annualità. In caso di mancato accordo, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione, secondo quanto previsto al successivo articolo *RECESSO*.

ART. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

Qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

Il recesso in caso di sinistro non si applica alla presente assicurazione.

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e l'assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Si conviene tra le parti che qualora si rivelasse che per gli stessi rischi del presente contratto esistano altre coperture, gli eventuali danni denunciati dall'assicurato a valere sulla presente polizza saranno liquidati e indennizzati dalla Società direttamente all'assicurato medesimo, a prescindere dall'esistenza di altri contratti assicurativi. La Società rinuncia fin d'ora alla facoltà concessale dal disposto dell'art. 1910 del Codice Civile.

ART. 12 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza ad Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri 6 in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/2005.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o 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 e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Società il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Società ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt. 120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Gestione del contratto in presenza di Corrispondente/Coverholder

Con la sottoscrizione del presente contratto di assicurazione si prende atto che il Contraente e/o l'assicurato conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, al Broker indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA* e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

a) ogni comunicazione effettuata al Broker dal Corrispondente/Coverholder si considererà come effettuata all'assicurato o al Contraente;

b) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata dall'assicurato o dal Contraente.

La Società conferisce mandato al Corrispondente/Coverholder di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

aa) ogni comunicazione effettuata dal Broker al Corrispondente/Coverholder, si considererà come effettuata alla Società;

bb) ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente/Coverholder al Broker, si considererà come effettuata dalla Società.

ART. 13 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ART. 14 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

ART. 15 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente, a scelta del Contraente, il foro ove ha sede lo stesso oppure l'assicurato, fatto salvo quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

ART. 16 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

ART. 17 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

ART. 18 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, assicurato, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 19 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 20 VALIDITÀ TERRITORIALE

Salvo limitazioni specificamente indicate in polizza, l'assicurazione vale per il mondo intero.

ART. 21 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 22 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA E SURROGA

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa e di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili.

SEZIONE IV

CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 23 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è prestata, entro i limiti e alle condizioni indicati in polizza, per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività dichiarate dal Contraente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni:

- ✓ derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- ✓ subiti in stato di malore, vertigini o incoscienza;
- ✓ conseguenti a colpi di sonno;
- ✓ subiti in stato di ubriachezza, esclusi gli infortuni occorsi alla guida di veicoli, o natanti a motore;
- ✓ derivanti da influenze termiche e atmosferiche;
- ✓ derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- ✓ derivanti da aggressioni in genere;
- ✓ derivanti dall'utilizzo di armi da fuoco;
- ✓ subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o come trasportato sugli stessi;
- ✓ derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- ✓ che, durante il viaggio aereo, derivassero da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, forzato dirottamento purché non conseguenti a guerra (anche se non dichiarata), ammutinamento o tumulti popolari.

Sono considerati infortuni anche:

- ✓ le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia;
- ✓ l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
- ✓ gli avvelenamenti o intossicazioni acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ il soffocamento;
- ✓ le intossicazioni anche aventi origine traumatica;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento o congelamento, i colpi di sole o di calore;
- ✓ la folgorazione e scariche elettriche in genere;
- ✓ le ustioni anche da contatto con corrosivi;
- ✓ le conseguenze patologiche provocate da impiego e/o contatto con materiale biologico (sangue, saliva, urine, reperti anatomici, e simili) e/o di altra natura;
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi, escluse per queste ultime quelle di cui gli insetti siano portatori necessari, le punture vegetali, nonché le infezioni (quelle tetaniche) conseguenti a eventi risarcibili a termini di polizza;
- ✓ le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie non traumatiche (intendendosi per "ernie traumatiche" quelle provocate da un trauma conseguente a infortunio), delle rotture sottocutanee dei tendini;
- ✓ le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia.

ART. 24 RISCHIO PROFESSIONALE E IN ITINERE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, e in itinere.

ART. 25 RISCHIO PROFESSIONALE

La copertura assicurativa è prestata in forma completa ovvero per rischi professionali, in itinere, esclusi in ogni caso gli infortuni in ambito extraprofessionale.

ART. 26 CATEGORIE ASSICURATE E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI

La presente polizza è stipulata per tutte le categorie identificate nella sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE* per le quali il Contraente ha l'obbligo o l'interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli assicurati, come nel dettaglio precisato.

Per le categorie identificate non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate, per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione dell' Ateneo e di altri documenti equipollenti.

Il Contraente e gli assicurati sono inoltre esonerati dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tali importi, le stesse saranno proporzionalmente ridotte.

ART. 26 bis INSERIMENTO NUOVE CATEGORIE

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria, originariamente non prevista, il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dalla Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Compagnia emetterà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo rischio, appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione Art 3. "Pagamento del premio - decorrenza della garanzia".

Nel caso di attivazione in corso d'anno di nuove categorie da mantenere per l'annualità successiva, la Contraente, dovrà comunicare, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della rata, il dato preventivo da utilizzare per l'aggiornamento del conteggio del premio anticipato per l'annualità successiva.

La Contraente è esonerata dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dalla Contraente.

CATEGORIA A – STUDENTI

Rientrano in garanzia gli infortuni occorsi ai soggetti assicurati durante la partecipazione alle attività Istituzionali dell'Università, nonché a quelle accessorie e complementari organizzate o promosse dall'Ateneo, anche quando accaduti presso strutture equiparabili omologhe, assimilabili, collegate, o strutture di terzi nelle quali si esplica l'attività assicurata (a puro titolo esemplificativo e non limitativo le sedi distaccate, i centri di studio, i campi sperimentali, gli scavi archeologici, le aziende terze, gli stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, le miniere, i cantieri anche con accesso a ponteggi, aree per ricerche in quota e/o subacquee).

Sono altresì assicurati gli infortuni occorsi durante lo svolgimento di visite guidate, viaggi di studio stages e tirocini pratici, organizzati dall'Ateneo o da Enti Terzi in regime di convenzione con l'Ateneo.

Sono compresi gli infortuni occorsi durante la circolazione su ogni mezzo, compresi quelli accaduti durante la fermata del veicolo e durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Appartengono alla presente categoria i soggetti iscritti, a qualsiasi titolo, alle attività formative organizzate dall'Ateneo quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- ☐ gli iscritti, in corso e fuori corso, a tutti i corsi di studio, attività didattiche e di formazione attivati dall'Università, compresi corsi annuali o di durata inferiore;
- ☐ gli studenti di altre Università italiane o straniere, quando frequentano anche se per un periodo di tempo limitato, corsi presso l'Università degli Studi di Verona;
- ☐ gli studenti a qualsiasi titolo dell'Ateneo anche quando frequentano per un periodo di tempo limitato, corsi presso l'Università italiane o straniere;
- ☐ gli studenti anche quando svolgono temporaneamente un'attività retribuita ai sensi dell'art. 13 della L 390/91 e s.m. e i. (c.d 150 ore);
- ☐ gli iscritti alle scuole di specializzazione dell'Ateneo limitatamente alle attività didattiche, accessorie e complementari effettuate come studenti specializzandi, con esclusione delle attività effettuate nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Verona o comunque rientranti nell'ambito della copertura assicurativa obbligatoria predisposta dalla stessa, a termini di legge.
- ☐ partecipanti a programmi di mobilità e scambio di studenti universitari, in ambito nazionale e internazionale (outcoming e incoming);
- ☐ studenti pre-iscritti provenienti da altri atenei (in attesa di iscrizione formale);
- ☐ studenti inseriti in programmi di doppio titolo o lauree congiunte;
- ☐ studenti iscritti ai master organizzati dall'Ateneo;
- ☐ studenti iscritti ai corsi di perfezionamento;
- ☐ studenti in formazione post laurea;
- ☐ studenti quando svolgono attività di volontariato a favore dell'Ateneo stesso, purché tali attività siano disciplinate e coordinate in via ufficiale dalle strutture dell'Ateneo a supporto di eventi organizzati dall'Ateneo, o organizzati da strutture Terze a cui l'Ateneo partecipa (a titolo esemplificativo e non limitativo assistenza a manifestazioni, fiere, convegni, accoglienza studenti ecc.);
- ☐ studenti impiegati in servizi di orientamento e tutorato;
- ☐ dottorandi e dottorandi in proroga sia in veste di studenti sia durante l'attività didattica eventualmente loro assegnata
- ☐ tirocinanti frequentanti il tirocinio obbligatorio previsto dal piano di studi (tirocini curriculari);
- ☐ tirocinanti frequentanti il tirocinio in preparazione all'espletamento dell'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione;
- ☐ soggetti che, dopo il conseguimento della laurea o di altro titolo universitario, svolgono un tirocinio, promosso dall'Università in qualità di soggetto promotore (o invitante), in Italia o all'estero, presso un soggetto ospitante, sulla base di apposite convenzioni tra Ateneo e il soggetto ospitante o comunque sulla base di un progetto formativo; nella nozione di soggetto ospitante può essere incluso anche il medesimo soggetto promotore.

Il premio annuale pro-capite per ciascun assicurato è quello indicato in polizza che deve essere inteso quale premio minimo per l'anno assicurativo di riferimento, indipendentemente dalla data di decorrenza effettiva della copertura o di cessazione della stessa per qualsiasi causa.

Tuttavia nel caso in cui, alla scadenza naturale del contratto, venga effettuata la proroga della polizza ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 "Durata del Contratto" il premio procapite sarà conteggiato in pro-rata per il periodo di durata della proroga medesima.

Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	€ 300.000,00

CATEGORIA B – ASSEGNISTI PER LA COLLABORAZIONE AD ATTIVITA' DI RICERCA E BORSISTI DI RICERCA

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi agli Assegnisti per la collaborazione ad attività di ricerca e ai borsisti di ricerca durante la partecipazione alle attività istituzionali dell'Università nonché a quelle accessorie e complementari, organizzate o promosse dall'Ateneo, anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, o strutture di terzi nelle quali si esplica l'attività assicurata (a puro titolo esemplificativo e non limitativo le sedi distaccate, i centri di studio, i campi sperimentali, gli scavi archeologici, le aziende terze, gli stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, le miniere, i cantieri anche con accesso a ponteggi, aree per ricerche in quota e/o subacquee).

Appartengono alla presente categoria tutti gli assegnisti e i borsisti di ricerca come risultano dai registri tenuti dal Contraente.

Sono compresi gli infortuni occorsi durante la circolazione su ogni mezzo, compresi quelli accaduti durante la fermata del veicolo e durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Il premio annuale pro-capite per ciascun assicurato è quello indicato in polizza che deve essere inteso quale premio minimo per l'anno assicurativo di riferimento, indipendentemente dalla data di decorrenza effettiva della copertura o di cessazione della stessa per qualsiasi causa.

Tuttavia nel caso in cui, alla scadenza naturale del contratto, venga effettuata la proroga della polizza ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 "Durata del Contratto" il premio procapite sarà conteggiato in pro-rata per il periodo di durata della proroga medesima.

Nel caso in cui uno stesso soggetto, nel medesimo anno assicurativo, ottenga il rinnovo dell'assegno/borsa e/o ricopra alternativamente ma non contemporaneamente la qualifica di assegnista e borsista il premio dovrà essere corrisposto una sola volta.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa

CATEGORIA C – FREQUENTATORI

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi ai soggetti assicurati durante la partecipazione alle attività istituzionali dell'Università nonché a quelle accessorie e complementari, organizzate o promosse dall'Ateneo e afferenti l'autorizzazione alla frequenza concessa.

Sono compresi gli infortuni occorsi durante la circolazione su ogni mezzo, compresi quelli accaduti durante la fermata del veicolo e durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Appartengono alla presente categoria tutti i soggetti espressamente autorizzati dal Responsabile della Struttura Universitaria dell'Ateneo alla frequenza – anche per un periodo di tempo limitato - delle strutture universitarie (estese ai locali di terzi, compresi i laboratori e i reparti medici, nei quali il dipartimento svolge l'attività per cui è stata autorizzata la frequenza), come risultano dai registri (o documenti equipollenti) tenuti dalla Contraente.

A titolo esemplificativo e non limitativo, fanno parte della presente categoria:

- ☐ visiting professor;
- ☐ visiting scholar;
- ☐ studiosi, esperti, cultori della materia;
- ☐ soggetti non appartenenti alla categoria studenti, ammessi alla frequenza delle attività istituzionali dell'Università comprese quelle accessorie e complementari, organizzate o promosse dall'Ateneo, anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, o strutture di terzi nelle quali si esplica l'attività assicurata (a puro titolo esemplificativo e non limitativo le sedi distaccate, i centri di studio, i campi sperimentali, scavi archeologici, aziende terze, stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, le strutture ospedaliere, le miniere, i cantieri anche con accesso a ponteggi, aree per ricerche in quota e/o subacquee).
- ☐ conferenzieri e relatori formalmente incaricati dall'Ateneo per i quali il Dipartimento ha preventivamente autorizzato l'acquisto della copertura assicurativa;
- ☐ altri soggetti che svolgono attività didattiche per conto dell'Ateneo e per i quali è stato contrattualizzato l'obbligo di copertura assicurativa infortuni;
- ☐ laureati in medicina che frequentano le strutture sanitarie convenzionate con l'Università degli Studi di Verona per finalità formative.

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data in cui viene protocollata l'autorizzazione alla frequenza da parte dell'Ateneo (oppure dalla data indicata sul contratto che prevede l'obbligo di copertura assicurativa a carico dell'Ateneo) e cessa alle ore 24.00 della data di scadenza del periodo per il quale è stata autorizzata la frequenza o alle ore 24.00 del 31 dicembre di ogni anno, quale delle due intervenga prima.

Il premio annuale pro-capite per ciascun assicurato è quello indicato nel contratto che deve essere inteso quale premio minimo per l'anno assicurativo di riferimento, indipendentemente dalla data di decorrenza effettiva della copertura o di cessazione della stessa per qualsiasi causa.

Tuttavia:

- ☐ Nel caso in cui ad uno stesso soggetto venga rinnovata più volte nel corso della stessa annualità assicurativa l'autorizzazione alla frequenza dovrà essere conteggiato un solo premio assicurativo.
- ☐ nel caso in cui, alla scadenza naturale del contratto, venga effettuata la proroga della polizza ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 "Durata del Contratto" il premio procapite sarà conteggiato in pro-rata per il periodo di durata della proroga medesima

Ai fini del conteggio del premio, l'Ateneo si obbliga a comunicare, nei termini previsti dall' Art. 3 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia – regolazione premio il numero dei soggetti che, nel corso del periodo assicurativo di riferimento, sono stati autorizzati a frequentare l'Ateneo. E' esclusa pertanto l'adesione facoltativa.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa

CATEGORIA D – INFORTUNI UTILIZZATORI (CONDUCENTI E SOGGETTI DI CUI SIA STATO AUTORIZZATO IL TRASPORTO VEICOLO PRIVATO)

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi ai soggetti autorizzati dall'Ateneo all'utilizzo del veicolo privato a titolo esemplificativo e non limitativo autovetture, ciclomotori e motocicli per missioni [come disciplinate dal regolamento di Ateneo], adempimenti di servizio fuori dall'ufficio o in espletamento al servizio di reperibilità, durante l'utilizzo in qualità di conducente (o di soggetto di cui sia stato formalmente autorizzato il trasporto da parte dell'Ateneo) di veicoli non intestati al PRA alla Contraente, o in uso esclusivo alla Contraente a qualsiasi titolo, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Resta in ogni caso esclusa la copertura assicurativa in caso di utilizzo di veicoli afferenti il trasporto pubblico/ privato compresi i taxi e veicoli NCC (noleggio con conducente)

Nei casi in cui la copertura la presente assicurazione sia stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente categoria di polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Restano esclusi dal conteggio dei chilometri e dalla copertura assicurativa prestata con la presente categoria gli appartenenti alle categorie già assicurate per il rischio professionale con altra categoria diversa dalla categoria **F** (categoria studenti, categoria assegnisti e borsisti, categoria frequentatori) in quanto tali soggetti si intendono assicurati anche in caso di missioni/adempimenti di servizio autorizzati dall'Ateneo, per le somme assicurate e garanzie previste nella rispettiva categoria di appartenenza

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	Non compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00

Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa

CATEGORIA E – INFORTUNI UTILIZZATORI (CONDUCENTI E SOGGETTI DI CUI SIA STATO AUTORIZZATO IL TRASPORTO) VEICOLO DI PROPRIETA' E /O IN USO ESCLUSIVO DELL' ATENEO

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi ai soggetti autorizzati dall'Ateneo all'utilizzo di veicoli di proprietà dell'Ateneo o di terzi ma in uso esclusivo della Contraente a seguito di contratti di leasing, comodato, locazione e simili per missioni [come disciplinate dal regolamento di Ateneo], adempimenti di servizio fuori dall'ufficio o in espletamento al servizio di reperibilità, in qualità di conducente (o di soggetto di cui sia stato formalmente autorizzato il trasporto da parte dell'Ateneo) limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in occasione della salita/discesa dal veicolo nonché, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Nei casi in cui la copertura la presente assicurazione sia stipulata dalla Contraente anche nel proprio interesse e secondo quanto disposto dai relativi accordi collettivi nazionali gli importi liquidati in base alla presente categoria di polizza saranno detratti dalle somme eventualmente spettanti a titolo di equo indennizzo per lo stesso evento.

Restano esclusi dalla copertura assicurativa prestata con la presente categoria gli appartenenti alle categorie già assicurate per il rischio professionale con altra categoria diversa dalla categoria F (categoria studenti, categoria assegnisti e borsisti, categoria frequentatori) in quanto tali soggetti si intendono assicurati anche in caso di utilizzo di veicoli della Contraente, per le somme assicurate e garanzie previste nella rispettiva categoria di appartenenza.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	Non compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa

CATEGORIA F - ADESIONE FACOLTATIVA INFORTUNI PERSONALE DI OGNI ORDINE E GRADO DELL' UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA (PREMIO A CARICO DEGLI ASSICURATI)

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi ai soggetti assicurati durante la partecipazione alle attività istituzionali dell'Università, nonché a quelle accessorie e complementari organizzate o promosse dall'Ateneo, anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Università, esclusi in ogni caso gli infortuni occorsi in ambito extraprofessionale.

E' compreso il rischio della circolazione su qualsiasi mezzo di trasporto, inclusi gli infortuni occorsi in caso di fermata del veicolo e durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Appartiene alla presente categoria il personale di ogni ordine e grado dell'Università degli Studi di Verona per il quale è configurabile un contratto di lavoro retribuito o non, a tempo indeterminato o determinato (a titolo esemplificativo e non limitativo docenti, personale tecnico amministrativo e collaboratori esperti linguistici, ricercatori ecc) che abbia aderito alla copertura assicurativa con le modalità previste dall'Ateneo.

Nel caso in cui, in virtù dell'adesione alla presente categoria, l'infortunato risultasse assicurato anche nella categoria D oppure nella categoria E, la Società corrisponderà l'indennizzo su tutte le categorie per le quali il soggetto riveste la qualifica di Assicurato.

La garanzia decorre:

- ☐ dalle ore 24.00 della data di decorrenza della presente polizza per i soggetti che abbiano aderito, con le modalità previste dall'Ateneo, entro tale data;
- ☐ dalle ore 24.00 della data di protocollazione, da parte dell'Ateneo, del modulo di adesione predisposto dall'Ateneo medesimo, per i soggetti che abbiano aderito successivamente alla data di decorrenza della polizza.
- ☐ Relativamente alle adesioni effettuate da soggetti aventi contratti a tempo determinato, si conviene che, in caso di rinnovo, anche con soluzione di continuità nel medesimo anno solare del contratto di lavoro, la copertura assicurativa si intenderà automaticamente riattivata dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del nuovo incarico, senza che sia necessario corrispondere di nuovo il premio di adesione.

La garanzia cessa:

- ☐ dalle ore 24.00 della data di cessazione del rapporto di lavoro con l'Ateneo per qualsiasi causa;
- ☐ dalle ore 24.00 del 31.12 dell'anno in cui l'Assicurato ha manifestato all'Ateneo, nei termini dallo stesso previsti nella procedura di adesione, la volontà di non aderire alla copertura assicurativa per l'annualità successiva.
- ☐ dalle ore 24.00 della data di scadenza naturale del contratto.

Si conviene che il premio pro capite di adesione è quello annuale indicato nel contratto, indipendentemente dalla data di decorrenza della copertura/adesione o di cessazione della stessa per qualsiasi causa.

Si precisa che tale premio viene versato dall'Ateneo - sulla base del consuntivo delle adesioni - in nome e per conto dei singoli assicurati che ne sostengono per intero l'onere.

Tuttavia nel caso in cui, alla scadenza naturale del contratto, venga effettuata la proroga della polizza ai sensi di quanto previsto dall'art. 3 "Durata del Contratto" il premio procapite sarà conteggiato in pro-rata per il periodo di durata della proroga medesima

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C - Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D - Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E - Diaria da immobilizzazione	Compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 3.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa

SEZIONE V ESCLUSIONI

ART. 27 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

1. guerra dichiarata o non dichiarata, insurrezione, occupazione militare, invasione, salvo quanto stabilito all'articolo *RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO*;
2. abuso di psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
3. uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto stabilito all'articolo *RISCHIO VOLO*;
4. pratica professionistica di qualsiasi sport; salvo che l'assicurato provi che l'infortunio non ebbe alcun rapporto con tali eventi;
5. delitti dolosi tentati o compiuti dall'assicurato;
6. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, e simili);
7. stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
8. conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure non resi necessari da infortunio;
9. partecipazione a gare e corse calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo e dalla partecipazione a corse e gare che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.

ART. 28 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni.

ART. 29 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 83 anni. Per quelle persone che raggiungono tale limite in corso di contratto, la copertura assicurativa resta valida fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in corso.

ART 29 BIS LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 50.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

SEZIONE VI PRECISAZIONI ED ESTENSIONI DI GARANZIA

ART 30. RISCHIO AERONAUTICO

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

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

- €1.500.000,00 per il caso di morte
- €1.500.000,00 per il caso invalidità permanente
- € .500,00 per il caso di inabilità temporanea

per persona e di:

- €. 15.000.000,00 per il caso di morte
- €. 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- €. 5.000,00 per il caso di inabilità temporanea

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 dalla stessa 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.

Agli effetti della garanzia, il viaggio si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

ART. 31 RISCHIO GUERRA ALL'ESTERO

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1912 del Codice Civile, la garanzia comprende gli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, sabotaggio, ordigni di guerra per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o insurrezioni, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso da tali eventi mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

ART. 32 RISCHI SPORTIVI

La garanzia comprende gli infortuni verificatisi durante la pratica non professionistica di tutte le attività sportive con esclusione di:

- ✓ paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- ✓ salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob;
- ✓ pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala Monaco;
- ✓ corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura (cfr. articolo *ESCLUSIONI*).

ART. 33 CALAMITÀ NATURALI

La garanzia comprende gli infortuni che gli assicurati subiscano in conseguenza di movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche. Nel caso di sinistro che colpisca più assicurati, l'onere a carico della Società non potrà superare comunque l'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

ART. 34 RIMBORSO SPESE DI CURA RESE NECESSARIE DALL' INFORTUNIO
(in caso di attivazione della garanzia)

È garantito il rimborso delle spese mediche rese necessarie dall'infortunio sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Il rimborso riguarda, a titolo esemplificativo e non limitativo le spese per:

- ✓ gli esami e gli accertamenti diagnostici compresi esami di laboratorio;
- ✓ gli onorari dei medici nonché, in caso di intervento chirurgico, dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- ✓ i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento compresi apparecchi terapeutici, protesici ed endoprotesi;
- ✓ le spese di ricovero e rette di degenza;
- ✓ i trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni e altre cure mediche occorrenti;
- ✓ le prestazioni mediche e infermieristiche;
- ✓ le cure e i medicinali, il sangue, plasma, l'acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.
- ✓ i costi documentati eventualmente sostenuti dalla Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisse l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dalla Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia

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

ART. 35 DIARIA DA RICOVERO
(in caso di attivazione della garanzia)

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato inabilità temporanea o ricovero, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista per ogni giorno di degenza effettuato in istituti di cura pubblici, accreditati o privati, in Italia o all'estero, e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno. L'indennità cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, è considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

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

ART. 36 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società liquiderà l'indennità giornaliera prevista all'assicurato cui siano applicate bende gessate o tutore immobilizzante, per l'intera durata dell'immobilizzazione e sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

ART. 37 DANNI ESTETICI

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà le prestazioni sanitarie, per danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni, sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

Relativamente ai danni estetici sono rimborsate le spese documentate sostenute dall'assicurato, entro 2 anni dalla guarigione clinica ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure e applicazioni effettuate allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica. Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

ART. 38 SPESE DI TRASPORTO A CARATTERE SANITARIO (in caso di attivazione della garanzia)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio all'ambulatorio e/o all'istituto di cura, il trasporto tra istituti di cura e dall'istituto di cura al domicilio dell'assicurato, sino a concorrenza dell'importo indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*.

ART. 39 RIENTRO SANITARIO TRASPORTO SALMA/RESTI MORTALI

Trasporto salma/resti mortali

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'assicurato, la Società rimborserà, fino al limite previsto indicato alla sezione *SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE*, le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'assicurato.

ART 39BIS MALATTIE CONTRATTE IN SERVIZIO E PER CAUSE DI SERVIZIO / CATEGORIA ASSICURATA “STUDENTI”

La garanzia viene estesa alle seguenti malattie contratte nell'espletamento dell'attività istituzionale dagli appartenenti alla **Categoria STUDENTI**:

- ☐ infezione da HIV;
- ☐ epatite B;
- ☐ epatite C;
- ☐ meningite batterica;
- ☐ tubercolosi polmonare (TBC).

Premesso che, nel testo che segue, per contagio si intende l'evento dovuto a causa esterna, fortuita ed accidentale che produca modificazioni sierologiche obiettivamente constatabili, la garanzia è estesa al rischio di contagio che provochi una infezione da H.I.V., epatite B e/o epatite C, meningite batterica o tubercolosi polmonare avvenuto esclusivamente durante l'espletamento dell'attività descritta in polizza, in conseguenza di:

- puntura o ferita da oggetto infettato da virus;
- aggressioni subite dall'assicurato durante l'espletamento dell'attività istituzionale;
- contatto di mucose con sangue e/o altri liquidi biologici;
- trasmissione aerea (inalazione goccioline bacillifere e/o espettorato e di goccioline di secrezione nasofaringee infette rispettivamente in caso di TBC e meningite)

L'Assicurato che è venuto a contatto potenzialmente con il virus HIV, HBV o HCV, oppure che risulti essere stato in contatto con pazienti affetti da meningite batterica o tubercolosi polmonare bacillifera

("aperta") deve, entro 5 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, ovvero entro 5 giorni dalla data in cui venga avvisato dagli organi competenti in caso di malattie a trasmissione aerea, darne avviso al Broker/Società e al Contraente a mezzo PEC oppure email.

Successivamente dovrà essere inoltrata al Broker/Società una descrizione dettagliata dell'evento completa dei nominativi dei soggetti presenti all'evento e di una dichiarazione del Contraente da cui risulti che l'Assicurato si trovava in servizio al momento del sinistro.

Appena possibile e comunque entro 6 giorni dall'evento l'infortunato deve sottoporsi ad un primo test H.I.V. o test ematochimico per l'accertamento dell'Epatite B o epatite C, presso un ospedale pubblico oppure presso un centro specializzato convenzionato con il S.S.N.:

- qualora dal test risulti che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da Epatite B e C non sarà dovuto alcun indennizzo e la copertura assicurativa prestata con la presente garanzia cessa per tale soggetto;
- qualora l'Assicurato risulti negativo al test H.I.V. e/o all'epatite B o epatite C, lo stesso dovrà sottoporsi ad un secondo test trascorsi 180 giorni dalla data dell'evento: se dal risultato del secondo test risulterà che l'Assicurato è sieropositivo o affetto da Epatite B o C la Compagnia liquiderà l'indennizzo.

In caso di contagio da meningite batterica, l'esordio dei sintomi avviene solitamente entro 72 ore (massimo 7 giorni) dal contatto con il paziente fonte; la diagnosi viene confermata mediante esecuzione di esami ematochimici e esame liquorale.

In caso di contatto con paziente affetto da tubercolosi, l'infortunato dovrà sottoporsi appena possibile, e comunque entro una settimana dalla notifica di possibile contagio, a un primo test Quantiferon per l'accertamento dello stato immunologico:

- qualora il test risulti positivo non sarà dovuto alcun indennizzo e la copertura assicurativa prestata con la presente garanzia cessa per tale soggetto;
- qualora il test Quantiferon risulti negativo, l'Assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test trascorse 8-12 settimane dalla data dell'evento: se il risultato del secondo test sarà positivo, si dovrà procedere all'esecuzione di test radiologici e valutazione specialistica per conferma dell'avvenuto contagio da TBC, nel qual caso la Compagnia liquiderà l'indennizzo.

Le spese mediche sostenute dall'Assicurato per effettuare i test richiesti sono a carico dell'Assicurato, tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, tali spese saranno rimborsate dalla Società previo inoltro della documentazione di spesa in originale, nell'ambito della garanzia rimborso spese mediche se attivata per la categoria di appartenenza.

In relazione alla procedura di accertamento della sieropositività da H.I.V. o dell'epatite B o epatite C si conviene che:

- in caso di aggressione a seguito della quale l'Assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in struttura ospedaliera, l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione. L'aggressione deve essere denunciata alle Autorità competenti.

- in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico, l'Assicurato è esonerato da effettuare il primo test ma deve sottoporsi al secondo test trascorsi 180 giorni dalla trasfusione. Dovrà inoltre essere fornita alla Società copia completa della cartella clinica.

La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza della somma indicata nella scheda di cui alla **Sezione IX** cat. Studenti che resta unica anche nel caso in cui l'Assicurato sia stato contagiato, in occasione di un unico infortunio, dal virus H.I.V. e/o epatite B e/o epatite C e/o meningite batterica e/o tubercolosi polmonare.

**SEZIONE VII
COSTITUZIONE DEL PREMIO****ART. 40 COSTITUZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE**

Il premio della presente polizza è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili. Esso viene anticipato in via provvisoria nella misura indicata nella sezione *CALCOLO DEL PREMIO*

Il premio è conteggiato moltiplicando i premi unitari convenuti per gli elementi variabili riportati per ogni categoria, e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, calcolata sulla base dei dati forniti dal Contraente al perfezionamento del contratto, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi. Dove precisato, il premio di regolazione sarà calcolato in proporzione all'effettiva permanenza in rischio del soggetto assicurato (numero di giornate presenza o altro parametro previsto in polizza).

Agli effetti assicurativi per retribuzione s'intende tutto quanto, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, le partecipazioni agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura. Per gli amministratori è equiparata alla retribuzione lorda annua l'emolumento percepito annualmente.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero degli assicurati o di altri elementi variabili per inclusioni o esclusioni, queste s'intendono automaticamente efficaci e assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte del contraente. Il Contraente pertanto s'impegna a fornire alla Società entro i 3 mesi successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, i dati consuntivi di tutti i parametri occorrenti per il calcolo del premio.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei termini previsti dall'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti e il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 1 mese, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive è considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento delle differenze attive e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, anteporrà alla liquidazione degli eventuali sinistri, il pagamento del premio di regolazione arretrato.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari. Qualora il Contraente abbia in buona fede fornito dichiarazioni inesatte sul numero degli assicurati, la Società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

SEZIONE VIII NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 41 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, a parziale deroga dell'art.1913 del Codice Civile, l'ufficio competente alla registrazione e denuncia del Contraente, deve darne avviso alla Società entro 1 mese da quando ne abbia avuto conoscenza attraverso una qualsiasi comunicazione scritta.

La denuncia deve contenere il luogo, il giorno e l'ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni. Il decorso delle stesse deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta. Se l'infortunio ha causato la morte dell'assicurato, l'ufficio competente alla registrazione e denuncia deve darne dato avviso alla Società nel momento in cui ne è venuto a conoscenza. Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

ART. 42 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.

Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro 2 anni dal giorno dell'evento. Tale indennizzo è liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, qualora dopo il pagamento di indennizzo per invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'assicurato morisse, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi, dell'assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso e hanno diritto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Morte presunta

La Società dichiara che se il corpo dell'assicurato non venisse trovato entro un anno sarà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte da infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità e 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 atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sono peraltro garantite dalla presente polizza.

Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso un'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. 1124/1965 con rinuncia alle franchigie relative stabilite, malattie con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta siano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

L'indennizzo per invalidità permanente è riconosciuto a condizione che sussistano postumi permanenti e che gli stessi si siano stabilizzati entro 2 anni dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza. Nel caso in cui, trascorsi 2 anni dall'infortunio, i postumi dello stesso non risultino ancora stabilizzati, l'indennizzo sarà liquidato in via definitiva secondo la valutazione in riferimento al quadro presentato dall'assicurato in quel momento.

Accertamento del grado di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:

- ✓ la perdita totale e irrimediabile della funzionalità di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso. Se si tratta di limitazione della funzionalità, le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- ✓ nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- ✓ la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- ✓ per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- ✓ in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- ✓ 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.
- ✓ in caso di constatato mancinismo le percentuali suesposte riferite all'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e viceversa;
- ✓ in caso di valutazione della invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, sarà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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 designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.
- se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio senza che l'indennità sia stata liquidata o offerta in misura determinata ma, sulla base della documentazione medica già disponibile sia possibile quantificare tale indennizzo, la Società provvederà formulare proposta di indennizzo ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.

Inabilità temporanea

In caso di infortunio che abbia per conseguenza un'inabilità temporanea, le indennità giornaliere previste saranno erogate con il massimo di 60 giorni – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione.

Rimborso spese di cura rese necessarie dall'infortunio

La Società rimborsa le spese di cura rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile e sostenute entro 2 anni dal giorno dell'infortunio.

I rimborsi sono effettuati dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale, in Italia e in euro. Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Diaria da ricovero

L'indennità è corrisposta per un periodo massimo di 360 giorni per sinistro. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata. Se il ricovero ha determinato almeno 5 pernottamenti la Società corrisponderà inoltre un'indennità post ricovero pari al 50% della diaria da ricovero assicurata, che sarà corrisposta con il seguente criterio:

- ✓ integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- ✓ al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità post ricovero è riconosciuta col massimo di 180 giorni per sinistro.

Diaria da immobilizzazione

La diaria da immobilizzazione è corrisposta dal giorno di entrata in istituto di cura o ambulatorio per l'applicazione delle bende gessate o del tutore immobilizzante fino alla loro rimozione, ma comunque per un periodo massimo di 90 giorni per sinistro.

ART. 43 CUMULO INDENNIZZI

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'assicurato muore entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

ART. 44 MODALITÀ DI PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Relativamente a ogni garanzia sottoscritta che sia stata interessata da sinistro, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà gli indennizzi che risultino dovuti, ne darà comunicazione agli interessati e provvederà al pagamento entro 1 mese. Per gli infortuni avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia nella valuta vigente.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che gli indennizzi siano stati liquidati o comunque offerti in misura determinata, la Società paga ai beneficiari o agli eredi l'importo liquidato od offerto.

ART. 45 ANTICIPO INDENNIZZO

Per invalidità permanente di grado superiore al 10% l'assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo di indennizzo. Tale richiesta deve essere presentata dopo 1 mese dall'inoltro della denuncia di sinistro.

La Società, entro 1 mese dalla richiesta, provvederà all'erogazione di un importo pari al 50%, della somma che, sulla base di stime preliminari, risulterà al momento indennizzabile. Non si darà luogo a erogazione di anticipi qualora sussistano giustificati dubbi sull'indennizzabilità del danno.

ART. 46 DETERMINAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione di fatto annua dell'infortunato quella percepita nel mese precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicato per le mensilità di contratto; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti per i titoli di cui sopra, purché su tali somme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, la retribuzione annua sarà calcolata sulla base di quanto percepito fino al giorno dell'infortunio, moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo compreso tra la data di assunzione in servizio e quella dell'infortunio.

ART. 47 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 e in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e 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 il Contraente o l'assicurato.

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.

ART. 48 OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società, entro 2 mesi dal termine della prima scadenza semestrale di ogni anno e a ogni semestre successivo al primo, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri denunciati così suddiviso:

- ✓ sinistri denunciati (con indicazione del numero di sinistro attribuito dall'assicuratore e possibilmente dal Broker, della data dell'evento, della data di denuncia e della tipologia);
- ✓ sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- ✓ sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- ✓ sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte);
- ✓ descrizione dell'evento (per ciascun sinistro dovrà essere precisato se si tratta di morte o invalidità permanente e la relativa causa: infortunio professionale, infortunio extraprofessionale, malattia).

Tali report dovranno essere forniti preferibilmente anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker, fermo restando che la semplice richiesta scritta del Contraente e/o del Broker attiva gli obblighi di cui sopra. La documentazione dovrà essere fornita mediante supporto informatico (formato excel), utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro e non oltre 1 mese dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica dal Contraente e/o dal Broker. Le predette statistiche potranno essere richieste anche successivamente alla scadenza della polizza, fino alla definizione di tutte le pratiche.

In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di disdetta di cui all'articolo *RECESSO ANTICIPATO ANNUALE* la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 1 mese dalla data in cui il recesso è stato inviato.

SEZIONE IX SOGGETTI ASSICURATI – SOMME ASSICURATE – FRANCHIGIE

ART. 49 SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE

Per ciascuna categoria, l'assicurazione è prestata per le garanzie e somme assicurate di seguito dettagliate. L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati subiscano nell'esercizio e svolgimento di tutte le attività istituzionali del Contraente, correlate ai compiti attribuiti all'Università dal proprio Statuto, da regolamenti, Leggi o altra normativa, sia durante la permanenza nei locali e negli edifici dell'Ateneo sia in altro luogo, anche esterno all'Università, in Italia o all'Estero, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, stabilimenti, laboratori industriali o di ricerca, sedi di altre Università e Istituti di Ricerca e simili. È compreso il rischio in itinere.

CATEGORIA A	GARANZIE
Studenti	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche – non compresa • Diaria da ricovero – non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio € 300.000,00
NUMERO PREVENTIVATO	30.000

CATEGORIA B	GARANZIE
ASSEGNISTI PER LA COLLABORAZIONE AD ATTIVITA' DI RICERCA E BORSISTI	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche - non compresa • Diaria da ricovero - non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – non compresa
NUMERO PREVENTIVATO	520
CATEGORIA C	GARANZIE
FREQUENTATORI	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche – non compresa • Diaria da ricovero – non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – non compresa
NUMERO PREVENTIVATO	310

CATEGORIA D	GARANZIE
INFORTUNI UTILIZZATORI (CONDUCENTI E SOGGETTI DI CUI SIA STATO AUTORIZZATO IL TRASPORTO VEICOLO PRIVATO)	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche – non compresa • Diaria da ricovero – non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – non compresa
NUMERO PREVENTIVATO	Km 255.00

CATEGORIA E	GARANZIE
INFORTUNI UTILIZZATORI VEICOLI DI PROPRIETA' E/O USO ESCLUSIVO ATENEIO	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche – non compresa • Diaria da ricovero – non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – non compresa
NUMERO PREVENTIVATO	1

CATEGORIA F	GARANZIE
ADESIONE FACOLTATIVA INFORTUNI PERSONALE DI OGNI ORDINE E GRADO DELL'UNIVERSITA' (premio a carico degli assicurati)	• Morte € 200.000,00 • Invalidità permanente € 300.000,00 • Rimborso spese mediche – non compresa • Diaria da ricovero – non compresa • Diaria da immobilizzazione – compresa € 50,00 al gg max 90 gg per sinistro • Danni estetici € 3.000,00 • Trasporto sanitario/rimpatrio resti mortali € 5.000,00 • Malattie contratte in servizio e per cause di servizio – non compresa
NUMERO PREVENTIVATO	130

SEZIONE X CALCOLO DEL PREMIO

ART. 52 CALCOLO DEL PREMIO

Il premio della presente polizza è convenuto in tutto o in parte in base a elementi variabili, ed è costituito nel modo sotto indicato.

Categoria		Parametro	Elemento variabile a preventivo	Premio Lordo unitario	Premio lordo complessivo annuo
A	studenti	Numero assicurati	30.000	€ 2,40	€ 72.000,00
B	Assegnisti e borsisti	Numero assicurati	520	€ 9,90	€ 5.148,00
C	frequentatori	Numero assicurati	310	€ 9,90	€ 3.069,00
D	Utilizzatori autorizzati veicoli privati	Numero chilometri	255.000	€ 0,030	€ 7.650,00
E	Utilizzatori autorizzati veicoli della contraente	Numero veicoli	1	€ 26,00	€ 26,00
F	Adesioni facoltative personale dell'Ateneo	Numero assicurati	130	€ 19,90	€ 2.587,00
TOTALE					€ 90.480,00

SEZIONE XI CONDIZIONI SPECIALI

Disposizione finale

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

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

Il Contraente (firma)

La Società delegataria (firma)

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.

ALLEGATO 1

SPETT.LE
UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA
VIA DELL'ARTIGLIERE N.8
37129 VERONA (VR)

RACCOMANDATA A/R

Oggetto: Tracciabilità dei flussi finanziari. Comunicazione degli estremi conto corrente dedicato alle commesse pubbliche ai sensi dell' art. 3 della legge n. 136/2010

CIG(10crt) B2E2F5E52B (15crt)	Age(div/cod) 53519
Pol. n. 77/202519116 Decorrenza 31/12/2024 Differimento incasso gg 90 (da Capitolato)	
Broker AON SPA RUI B000117871	Delegataria

Il sottoscritto BARDINI FABIO nato a MANTOVA (MN) il 05/05/1961
In qualità di Agente Generale Unipolsai Ass.ni Spa – Agenzia di Verona Castelvecchio
– Indirizzo Corso Cavour 35 – 37121 Verona CF/Partita IVA02387900232

DICHIARA

Di ottemperare alle disposizioni di cui alla legge 13 agosto 2010 n. 136 "Piano straordinario contro le mafie, e successive modifiche, nonché delega al Governo in materia normativa antimafia", con particolare riferimento all' art. 3 della citata legge, ed a tal fine comunica gli estremi identificativi del conto corrente bancario dedicato di AGENZIA su cui dovranno confluire TUTTI i flussi finanziari di AGENZIA direttamente da parte dell' Ente o da rimessa di Broker o Coassicuratrice, relativi alla polizza suindicata:

IBAN				CIN	CODICE AGENZIA (ABI)					CODICE SPORTELLLO (CAB)					NUMERO DI CONTO CORRENTE														
I	T	9	2	U	0	2	0	0	8	1	1	7	2	5	0	0	0	0	0	2	5	7	8	8	1	5			

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Intestazione conto: BARDINI E PADOVANI SRL AGENTI INTERMEDIARI ASSICURATIVI

Dati anagrafici della/e persona/e intestatarie e/o delegate ad operare sul conto medesimo:

NOME E COGNOME	CODICE FISCALE
FABIO BARDINI	BRDFBA61E05E897M
MASSIMO PADOVANI	PDVMSM62C14L781Q

I dati personali sono comunicati e potranno essere trattati esclusivamente per ottemperare alle disposizioni di cui alla legge del 13 agosto 2010 n. 136 con esclusione di qualsiasi diversa finalità.

Si impegna infine a comunicare tempestivamente e comunque non oltre sette giorni dall'evento, qualsiasi variazione intervenuta sui dati sopra indicati.

VERONA , 31/12/2024

L' Agente
UNIPOLSAI ASSICURAZIONI S.p.A.
(timbro e firma)

Per RACCOMANDATA A MANO Per accettazione Data _____ Timbro e Firma Ente _____

++