

CAPITOLATO SPECIALE D'APPALTO

COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO I DANNI DA INFORTUNI DI VARI SOGGETTI

La presente polizza è stipulata tra

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DEL PIEMONTE ORIENTALE
VIA DUOMO, 6
13100 VERCELLI
C.F. 94021400026

e

Società

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del 30 giugno 2017
Alle ore 24.00 del 31 dicembre 2020

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati alle ore
24.00 di ogni 31 dicembre

DEFINIZIONI

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

ASSICURAZIONE

il contratto di assicurazione

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione

CONTRAENTE

il soggetto che stipula l'assicurazione

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

INFORTUNIO

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

MALATTIA

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

SOCIETÀ

l'impresa assicuratrice

PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo dell'assicurazione

RISCHIO

la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne

INDENNIZZO

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

FRANCHIGIA

la percentuale o la somma prestabilita che in caso di sinistro l'assicurato tiene a suo carico e per la quale la Società non riconosce l'indennizzo

INVALIDITÀ PERMANENTE

perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta

SINISTRO

il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1) DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La presente polizza ha durata dalle ore 24.00 del 30 giugno 2017 e scadenza alle ore 24.00 del 31 dicembre 2020; a tale data 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, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 giorni.

La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga.

L'Amministrazione, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, D.L. 95/2012 convertito in legge 135/2012 s.m.i.) si riserva di recedere dal contratto qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite.

Art. 2) PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

A parziale deroga dell'art.1901 codice civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 (sessanta) giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il Contraente non paga il premio entro 60 (sessanta) giorni, l'effetto dell'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio.

Se, il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 60° (sessantesimo) giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° (sessantesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze successive stabilite.

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 effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n. 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- ✓ il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del 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 di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

Art. 3) PAGAMENTI PER VARIAZIONI CON INCASSO DI PREMIO

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 60 (sessanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento

correttamente emesso dalla Società.

Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al precedente articolo "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art. 4) TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

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

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

Art. 5) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 6) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Verificandosi un aggravamento del rischio tale per cui la situazione di rischio sopravvenuta presenti caratteri della novità e della permanenza, il Contraente deve darne immediata comunicazione alla Società.

A parziale deroga dell'art. 1898 codice civile, gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori al momento della stipulazione del contratto non possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo né la cessazione dell'assicurazione, fermo restando il diritto della Società a pretendere la differenza di premio così come convenuto. Tale differenza sarà calcolata tenuto conto del premio stabilito nel contratto e di quello che sarebbe stato fissato se il maggior rischio fosse esistito al momento della stipulazione della polizza, secondo le tariffe a quel medesimo momento praticate.

Si precisa che non costituiscono aggravamento di rischio, e pertanto il Contraente è esonerato dal darne avviso alla Società, nuove costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche nel processo tecnologico, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai fabbricati, ai macchinari, alle attrezzature, all'arredamento, agli impianti per esigenze del Contraente in relazione alle proprie attività, sempreché le caratteristiche principali dei rischi (costruzioni ed attività) non vengano sostanzialmente alterate.

Art. 7) DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio a decorrere dalla data di comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia alla facoltà di recesso ad essa spettante ai sensi dell'art. 1897 codice civile.

Art. 8) ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

È data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di

assicurazione.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

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

Art. 9) ONERI FISCALI

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

Art. 10) FORO COMPETENTE

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza, 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 s.m.i.

ART. 11) VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 12) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE E INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme stabilite dal codice civile

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano l'assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le norme del codice civile sul contratto di assicurazione, verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Si intendono altresì abrogate tutte le condizioni a stampa eventualmente riportate.

Art. 13) COASSICURAZIONE E DELEGA (NELL'EVENTUALITÀ DI COASSICURAZIONE)

L'assicurazione è divisa per quote tra le Società di seguito indicate:

..... % delegataria;
..... % coassicuratrice;
..... % coassicuratrice.

In caso di sinistro la Società delegataria (in appresso Società) ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale; la Società si impegna, altresì e in ogni caso, ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a rilasciare all'Assicurato quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo.

Sempre nel caso in cui l'assicurazione fosse divisa per quote tra diverse Società, con la sottoscrizione della presente polizza, le Società coassicuratrici danno mandato alla Società a firmare i successivi documenti di modifica anche in loro nome e per loro conto, pertanto la firma apposta dalla Società rende validi ad ogni effetto i successivi documenti anche per le Società coassicuratrici.

Art. 14) GESTIONE DELLA POLIZZA

Alla società Aon S.p.A. è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi degli articoli 108 e seguenti del D.Lgs 209/2005 s.m.i.

Di conseguenza tutti i rapporti inerenti il contratto saranno svolti per conto dell'Amministrazione dall'Intermediario suddetto. Ogni pagamento dei premi verrà effettuato dall'Amministrazione all'Intermediario e sarà considerato a tutti gli effetti come liberatorio, ai sensi dell'art. 118 del D.Lgs 209/2005. Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario, in nome e per conto dell'Assicurato, all'Assicuratore si intenderà come fatta dall'Assicurato. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicurato all'Intermediario si intenderà come fatta all'Assicuratore.

Resta infine inteso che ogni documento contrattuale sarà trasmesso all'Intermediario a spese dell'Assicuratore.

L'attività di brokeraggio non comporterà alcun onere economico a carico dell'Amministrazione; il compenso dell'Intermediario per lo svolgimento dell'incarico affidatogli sarà posto a carico delle Compagnie di assicurazione conformemente agli usi di mercato. Tale compenso costituirà parte dell'aliquota comunque riconosciuta dalla Compagnia di assicurazione alla propria rete distributiva. La provvigione riconosciuta è rappresentata dall'aliquota del 12,00% da applicarsi sul premio imponibile.

La Società prende altresì atto che non appena scadrà il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il citato Intermediario, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo dell'eventuale nuovo soggetto affidatario dell'infranominato servizio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo.

Art. 15) GESTIONE DELLA POLIZZA – CORRISPONDENTE/COVERHOLDER (DA AGGIUNGERE SOLO IN CASO DI EFFETTIVA NECESSITA')

Nell'eventualità la gestione del presente contratto sia affidata a un Corrispondente o Coverholder dei Lloyd's of London, si prende e si da atto di quanto segue.

Con la sottoscrizione della presente contratto di assicurazione si prende atto che l'Assicurato e/o Contraente conferiscono mandato di rappresentarli, ai fini del presente contratto di assicurazione, alla società di brokeraggio indicata all'articolo GESTIONE DELLA POLIZZA (qui di seguito indicato come "Broker incaricato") la quale si avvale per il piazzamento presso i Lloyd's del Corrispondente dei Lloyd's

Pertanto:

a1. Ogni comunicazione effettuata al Broker incaricato dal Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata all'Assicurato e/o Contraente;

a2. Ogni comunicazione effettuata dal Broker incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'Assicurato e/o Contraente.

I Sottoscrittori conferiscono mandato al Corrispondente dei Lloyd'sdi ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione.

Pertanto:

b1. Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker incaricato si considererà come effettuata dai Sottoscrittori; oppure,

b2. Ogni comunicazione effettuata dal Broker Incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori.

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEI SINISTRI

ART. 16) DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla Società, tramite l'Intermediario, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento o da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

Nel caso di morte, l'avviso deve essere dato entro 15 (quindici) giorni lavorativi da quando l'ufficio preposto ne sia venuto a conoscenza.

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

Il Contraente è sollevato dall'obbligo di osservanza dei termini di dichiarazione o di avviso qualora non abbia avuto conoscenza dei casi verificatisi per fatto altrui.

Art. 17) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto di pagamento dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto con preavviso di 120 (centoventi) giorni. In tal caso la Società, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia dello stesso, rimborserà la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 18) GESTIONE SINISTRI E IMPEGNI DELL'ASSICURATORE

Entro il limite di 30 giorni dalla scadenza di ogni annualità assicurativa, o comunque dalla richiesta del Contraente, la Società si impegna a fornire al Contraente un tabulato con il dettaglio dei sinistri comprendente gli elementi identificativi di ciascuno di essi così suddiviso:

- a) sinistri denunciati;
- b) sinistri riservati (con indicazione dell'importo riservato per ciascun sinistro);
- c) sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato per ciascun sinistro);
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico, utilizzabile dal Contraente stesso.

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

Nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso in caso di sinistro, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni dalla data in cui il recesso è stato inviato.

Art. 19) CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponderà l'indennità per le sole conseguenze dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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 preesistenti casi di mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità

permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette dell'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 20) LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida gli indennizzi che risultino dovuti, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni.

Art. 21) ANTICIPO INDENNIZZO

In tutti i casi in cui l'infortunio dia luogo ad un'invalidità permanente, la Società si obbliga a riconoscere all'Assicurato, dietro presentazione dei documenti giustificativi e previa visita da parte del medico fiduciario della Società stessa, un'anticipazione parziale per l'indennizzo, e ciò non prima che siano trascorsi 90 (novanta) giorni dal giorno dell'infortunio. L'anticipazione ha luogo nel caso in cui il grado d'invalidità permanente superi l'aliquota del 20% (venti per cento) ed è limitata nella misura massima di un terzo dell'indennizzo valutabile allo stato, con riserva di successiva revisione e conguaglio.

Art. 22) CONTROVERSIE SULL'INFORTUNIO E COLLEGIO ARBITRALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all'infortunio e/o alla malattia, la vertenza viene deferita ad un Collegio arbitrale che risiede presso la città dell'Assicurato. Il Collegio è composto da tre medici, di cui due nominati dalle parti, una per ciascuna, ed il terzo dalle parti di comune accordo, o, in difetto, e su istanza da una delle parti, dal Presidente del Tribunale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Gli arbitri, tenendo presenti le condizioni del contratto di assicurazione, decidono a maggioranza inappellabilmente come amichevoli compositori; e le loro decisioni impegnano le parti anche se l'arbitro dissenziente non le ha sottoscritte.

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

Art. 23) RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa che possa competere ai sensi dell'art. 1916 codice civile.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 24) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione si intende prestata per gli infortuni che gli Assicurati subiscano nell'espletamento di compiti, mansioni, attività e competenze, istituzionalmente previste, consentite o delegate, anche collaterali, nessuna eccettuata o esclusa e in genere tutto quanto non in contrasto con quanto previsto dal proprio ordinamento, che siano dichiarate dall'Università degli Studi del Piemonte Orientale e svolte presso sedi proprie e/o presso sedi di terzi o in luoghi individuati, in Italia e/o all'estero, dai quali derivi la morte, l'invalidità permanente o le altre conseguenze, garanzie e/o condizioni previste.

Art. 25) SOGGETTI ASSICURATI

Destinatari dell'assicurazione, di seguito denominati Assicurati, sono i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, ed eventuali altre figure simili previste in futuro, richiamati nelle tabelle riportate alla *SEZIONE SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO*:

- 1- Volontari servizio Civile;
- 2- Specializzandi in medicina e chirurgia, limitatamente allo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca; specializzandi in altre discipline, per tutta l'attività di specializzazione;
- 3- Dottorandi e assegnisti di ricerca;
- 4- Borsisti;
- 5- Professori a contratto;
- 6- Collaboratori con attività coordinata e continuativa;
- 7- Tirocinanti per abilitazione professionale in varie discipline;
- 8- Stagisti (tirocinanti curriculari e extracurriculari);
- 9- Tesisti;
- 10- Studenti (inclusi gli studenti internazionali in mobilità presso l'Ateneo, gli iscritti ai corsi di perfezionamento e master);
- 11- Studenti con attività amministrativa e ausiliaria alla didattica a tempo parziale;
- 12- Guidatori e trasportati degli automezzi di servizio del contraente;
- 13- Dipendenti del contraente durante l'uso del mezzo proprio per motivi di servizio e/o missione ed eventuali trasportati il cui trasporto sia autorizzato dall'Ente stesso.
L'assicurazione vale anche per gli infortuni :
 - Salendo e scendendo dal mezzo di trasporto
 - In caso di fermata del veicolo per guasto o incidente proprio o altrui
 - Nonché durante le operazioni per la ripresa della marcia
- 14- Dipendenti del contraente che svolgono la propria attività in telelavoro.

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

Art. 26) ESTENSIONI DELLA COPERTURA

L'assicurazione comprende gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

1. assideramento o congelamento;
2. folgorazioni;

3. colpi di sole, di calore e di freddo;
4. ubriachezza;
5. eventi naturali;
6. eventi sociopolitici, inclusi atti di terrorismo ed aggressioni compiute nei confronti dell'assicurato. È definito atto di terrorismo una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico. L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli Assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati, d'incarichi o di attività sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
7. eventi catastrofali compresi terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
8. guida di veicoli e natanti in genere, a condizione che l'Assicurato sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
9. scariche elettriche e contatti con corrosivi;
10. imprudenza, negligenza, colpa grave;
11. vertigini, malori ed incoscienza;
12. sforzi muscolari ed ernie traumatiche, strappi muscolari derivanti da sforzo;
13. rottura tendine di Achille e lesioni tendinee sottocutanee;
14. arenamento, naufragio, scomparsa del mezzo di trasporto;
15. infezioni e malattie conseguenti a morsi di animali e punture di insetti, punture vegetali;

Sono considerati infortuni anche:

16. l'asfissia, purché non dipendente da malattia;
17. gli avvelenamenti da ingestione o da assorbimento di sostanze e le lesioni da contatto con sostanze corrosive;
18. l'annegamento;
19. le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza;
20. le infezioni derivanti in forma diretta ed esclusiva da infortuni.

Art. 27) ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- guida di mezzi aerei e subacquei e guida di veicoli e natanti in genere per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- dal conducente dei veicoli a motore in stato di ubriachezza;
- abuso di psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- pratica professionistica di qualsiasi sport.

Sono altresì esclusi gli infortuni verificatisi in occasione di:

- delitti dolosi, tentati o compiuti dall'assicurato;
- guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione (salvo quanto previsto dall'articolo RISCHIO GUERRA);
- trasmutazioni o assestamenti energetici del nucleo dell'atomo, naturali o provocati e/o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; tale esclusione non si applica agli infortuni conseguenti all'utilizzo di apparecchiature scientifiche, di diagnosi e di cura

salvo che l'assicurato provi che l'infortunio non ebbe alcun rapporto con tali eventi.

Sono escluse dall'assicurazione le persone affette dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, psicosi in genere.

Art. 28) RISCHIO AERONAUTICO (limitatamente ai soggetti rientranti nei gruppi 1,2,3,4,7,8, e 9 di cui all'articolo SOGGETTI ASSICURATI)

A deroga di quanto previsto dall'articolo RISCHIO IN ITINERE, l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli, elicotteri e aeromobili gestiti da chiunque eserciti, tranne che da aeroclub.

Il rischio volo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dei suddetti aeromobili e cessa quando ne è disceso; la salita e la discesa fanno parte del rischio del volo.

In caso di infortunio - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di:

- € 5.000.000,00 nel caso in cui gli assicurati viaggino a bordo di aeromobili di linea certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati;
- € 5.000.000,00 in caso in cui gli assicurati non viaggino a bordo di aeromobili di linea certificati per il trasporto pubblico di passeggeri che effettuino il servizio tra aeroporti stabiliti ad orari regolari e determinati.

La somma complessiva che precede si intende unica per tutti gli assicurati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal Contraente con la Società per il rischio infortuni.

Resta convenuto che € 5.000.000,00 rappresenta la somma complessiva massima indennizzabile dalla Società per gli infortuni aeronautici così come definiti nel presente articolo di polizza.

Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo, la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 29) RISCHIO GUERRA

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, da insurrezioni e/o rivoluzioni. L'assicurazione vale per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero, in un paese sino ad allora in pace.

Art. 30) MORTE

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi e/o testamentari. In caso di premorienza o commorienza dei beneficiari designati, detta somma sarà liquidata agli eredi legittimi e/o testamentari.

Art. 31) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termine del contratto di assicurazione, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati nel contratto di assicurazione il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai termini degli artt. 60 e 62 codice civile. Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre 2 (due) anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

Art. 32) INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro 2 (due) anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente applicando la tabella delle percentuali di invalidità permanente prevista all'allegato 1 del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124_e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Anche per la valutazione delle lesioni e delle menomazioni non esplicitamente menzionate nella tabella sopraccitata si farà riferimento alla tabella di valutazione prevista dall'INAIL ai sensi del d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 s.m.i.

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

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

In caso di perdita totale della vista, dell'udito o della voce verrà liquidato un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella d.p.r.. 30 giugno 1965, n.1124 con il massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

In caso di constatato mancinismo le percentuali riferite all'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e viceversa.

La percentuale di invalidità permanente accertata con le modalità previste nel presente contratto sarà liquidata previa detrazione di una franchigia assoluta del 5% (cinque percento). Pertanto, nel caso di invalidità permanente inferiore o uguale al 5% (cinque percento) non verrà liquidato alcun indennizzo, nel caso di invalidità permanente superiore al 5% (cinque percento) verrà liquidata la percentuale di invalidità permanente eccedente la predetta aliquota.

Art. 33) MALATTIE PROFESSIONALI

Limitatamente al rischio morte e invalidità permanente, l'assicurazione viene estesa anche

alle malattie professionali, incluse, a titolo esemplificativo e non limitativo, HIV ed Epatite, che si manifestano nel corso della validità del presente contratto e/o entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione del rapporto di lavoro o dalla data di cessazione della presente garanzia.

Per malattie professionali si intendono sia quelle previste nella tabella allegato 4 al d.p.r. 30 giugno 1965, n. 1124 e s.m.i., sia qualsiasi altra malattia ivi non compresa, ma di cui sia comunque provata la derivazione dalla professione o attività svolta dagli assicurati dichiarata in polizza; con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

Ai fini dell'efficacia della garanzia per le lesioni derivanti da HIV ed Epatite, l'Assicurato dovrà documentare di aver rispettato le procedure e/o i protocolli vigenti in tema di accertamento delle infezioni derivanti da cause di servizio.

Art. 34) DANNO ESTETICO

In caso d'infortunio indennizzabile a termini di polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborsa sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla SEZIONE SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, le spese effettivamente sostenute per cure e applicazioni, nonché per interventi di chirurgia plastica, effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, purché sostenute entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio e non oltre 1 (uno) anno della scadenza del contratto. Per danno estetico s'intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

Il rimborso delle spese per danno estetico è cumulabile con ogni altro indennizzo garantito dalla Società.

Art. 35) RIMPATRIO SALMA (VALIDO IN ITALIA E ALL'ESTERO)

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà agli eredi legittimi o agli aventi diritto, le spese sostenute per il rientro della salma nel Comune di residenza dell'Assicurato deceduto, sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla SEZIONE SOMME ASSICURATE COSTITUZIONE DEL PREMIO.

Art. 36) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso d'infortunio risarcibile a termini di polizza – sebbene l'infortunio non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente - la Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è prevista, il costo delle cure mediche sostenute, fino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – indicato alla SEZIONE SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici, medico-legali ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- spese sostenute per tickets.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Le spese saranno liquidate a presentazione di fatture, notule, e simile documentazione, debitamente quietanzate. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la

completa guarigione dell'Assicurato.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, al cambio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Se l'assicurato fruisce dell'assistenza sanitaria sociale, la garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma assicurata, per la parte di spesa non sostenuta dall'Ente assistenziale.

È prevista l'applicazione di uno scoperto pari al 15% (quindici per cento) con il minimo di € 50,00 per prestazione.

Art. 37) COSTITUZIONE E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è conteggiato moltiplicando i premi unitari convenuti per gli elementi variabili riportati per ogni categoria alla SEZIONE SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, e risulta costituito da una rata pagata anticipatamente, pari al 70% (settanta per cento) del premio, calcolata sulla base dei dati forniti dal Contraente al perfezionamento del contratto e all'inizio di ogni annualità assicurativa, e da una eventuale regolazione calcolata sulla base dei dati consuntivi.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero degli Assicurati per inclusioni o esclusioni, queste s'intendono automaticamente efficaci e assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione da parte del Contraente. Il Contraente pertanto si impegna a fornire alla Società entro i 120 (centoventi) giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine, non minore di 15 (quindici) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto ed a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione verranno pagate alla Società entro 60 (sessanta) giorni dalla data di presentazione della suddetta appendice di regolazione.

Il Contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli Assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso dell'Amministrazione stessa. 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.

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

Art. 38) LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungano tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 39) LIMITE DI INDENNIZZO

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più Assicurati l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 12.000.000,00. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata

proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

Art. 40) RISCHIO IN ITINERE (limitatamente ai soggetti rientranti nei gruppi 1,3,4,7,8, 9, 12 e 13 di cui all'articolo SOGGETTI ASSICURATI)

Premesso che la copertura assicurativa opera, nell'ambito dell'attività descritta all'articolo OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, per gli infortuni avvenuti nel mondo intero, la presente garanzia è prestata anche per il rischio in itinere, ossia per gli infortuni che dovessero colpire gli Assicurati durante il tragitto dal domicilio (anche occasionale) al luogo di studio e/o di lavoro e viceversa, dal luogo di studio al luogo di lavoro e viceversa ovvero da un luogo di lavoro ad un altro luogo di lavoro (in caso di attività in più sedi), purchè tali infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con mezzi di locomozione (privati o pubblici) prima o dopo l'orario di inizio e cessazione delle attività.

Relativamente ai soggetti rientranti nei gruppi 12 e 13 durante l'uso del mezzo proprio per motivi di servizio o missione, l'assicurazione vale altresì in occasione delle operazioni necessarie alla ripresa della marcia del mezzo in caso di fermata a seguito di incidente stradale o guasto verificatosi durante il viaggio.

Art. 41) ESTROMISSIONE SOGGETTI ASSICURATI

La Società prende atto che il Contraente si riserva di richiedere l'esclusione dalla copertura di una o più categorie di soggetti assicurati. In tal caso, la richiesta di estromissione si intenderà quale cessazione di rischio ai sensi dell'art. 1896 codice civile e la Società provvederà, comunque, al rimborso del premio pagato e non goduto relativo al periodo di cessazione di rischio.

SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, per le garanzie e somme specifiche della singola categoria.

SOGGETTI ASSICURATI	
1. Volontari servizio civile	
RISCHI E SOMME ASSICURATE	
Morte	€ 330.000,00
Invalità permanente	€ 330.000,00
Rimborso spese mediche	€ 5.000,00
Danno estetico	€ 10.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500,00 per persona

SOGGETTI ASSICURATI	
2. Specializzandi in medicina e chirurgia, limitatamente allo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca; specializzandi in altre discipline, per tutta l'attività di specializzazione; 3. Dottorandi e assegnisti di ricerca; 4. Borsisti; 5. Professori a contratto; 6. Collaboratori con attività coordinata e continuativa; 7. Tirocinanti per abilitazione professionale in varie discipline; 8. Stagisti (tirocinanti curriculari e extracurriculari); 9. Tesisti; 10. Studenti (inclusi gli studenti internazionali in mobilità presso l'Ateneo, gli iscritti ai corsi di perfezionamento e master); 11. Studenti con attività amministrativa e ausiliaria alla didattica a tempo parziale; 14. Dipendenti del contraente che svolgono la propria attività in telelavoro.	
RISCHI E SOMME ASSICURATE	
Morte	€ 500.000,00
Invalità permanente	€ 500.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.500,00
Danno estetico	€ 10.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500,00 per persona

SOGGETTI ASSICURATI	
12. Guidatori e trasportati degli automezzi di servizio del contraente	
RISCHI E SOMME ASSICURATE	
Morte	€ 361.000,00

Invalità permanente	€ 361.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.500,00
Danno estetico	€ 10.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500,00 per persona

SOGGETTI ASSICURATI	
13. Dipendenti del Contraente durante l'uso del mezzo proprio per motivi di servizio e/o missione	
RISCHI E SOMME ASSICURATE	
Morte	€ 361.000,00
Invalità permanente	€ 361.000,00
Rimborso spese mediche	€ 5.000,00
Danno estetico	€ 10.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500,00 per persona

Partite	Elemento variabile a preventivo (n° assicurati)	Premio lordo unitario	Premio lordo annuo
Volontari Servizio civile	1		
Specializzandi in medicina e chirurgia, limitatamente allo svolgimento delle attività didattiche e di ricerca; specializzandi in altre discipline, per tutta l'attività di specializzazione;	250		
Dottorandi e assegnisti di ricerca;	335		
Borsisti;	302		
Professori a contratto;	110		
Collaboratori con attività coordinata e continuativa;	34		
Tirocinanti per abilitazione professionale in varie discipline;	114		
Stagisti (tirocinanti curriculari e extracurriculari);	919		
Tesisti;	22		

Studenti (inclusi gli studenti internazionali in mobilità presso l'Ateneo, gli iscritti ai corsi di perfezionamento e master);	10610		
Studenti con attività amministrativa e ausiliaria alla didattica a tempo parziale;	155		
Guidatori e trasportati degli automezzi di servizio del contraente (n° mezzi)	5		
Dipendenti del Contraente durante l'uso del mezzo proprio per motivi di servizio e/o missione (n° missioni)	871		
Dipendenti del contraente che svolgono la propria attività in telelavoro.	13		
TOTALE			

Premio prima rata dal 30/06/2017 al 31/12/2017		
Premio imponibile	Tasse	Premio lordo

Premio rate successive dal 31/12/2017		
Premio imponibile	Tasse	Premio lordo