

Università degli Studi del Molise



LOTTO 3

Capitolato tecnico dell'assicurazione

INFORTUNI CUMULATIVA

Decorrenza ore 24.00 del 31/12/2022

Scadenza ore 24.00 del 31/12/2025

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato

Attività

Quella svolta dall'Università degli Studi del Molise per statuto, per legge, per regolamenti o delibere, compresi i provvedimenti emanati dai propri organi. Eventuali variazioni che interverranno saranno automaticamente recepite. La definizione comprende anche tutte le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti all'attività principale, ovunque e comunque svolte.

Compagnia e/o Società

L'Impresa Assicuratrice.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato sul frontespizio della presente polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione.

Polizza

Il contratto di assicurazione.

Premio

La somma dovuta alla Società.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso previsto in polizza.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Franchigia

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Invalidità permanente

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità di attendere alle occupazioni professionali svolte.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea

Ricovero

Degenza in istituto di cura che comporti il pernottamento o la degenza diurna (Day Hospital) di almeno 6 ore continuative.

Ingessatura

Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti e applicati in istituti di cura o ambulatori medici.

Istituti di cura

Ospedali, cliniche, case di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Periodo assicurativo annuo

L'intera annualità assicurativa o il minor periodo di durata dell'assicurazione.

Broker incaricato

Assiteca S.p.A. – Sede Legale in Milano, Via Sigieri 14 – mandatario incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione del contratto, quale intermediario ai sensi dell'art. 109 comma 2 lett. b) del D.lgs. n. 209/2005.

SEZIONE 1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Buona fede

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, così come la mancata comunicazione di successive circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio, non comporteranno decadenza dal diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 c.c., sempre che il Contraente e/o l'Assicurato non abbiano agito con dolo.

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

A parziale deroga all'art. 1897 c.c., nei casi di diminuzione del rischio la riduzione di premio sarà immediata e la Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta (al netto delle imposte) entro 60 giorni dalla comunicazione, rinunciando allo scioglimento del contratto e alla facoltà di recesso a essa spettante a termini del sopra richiamato art. 1897 c.c.

1.2 Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza, anche in pendenza del pagamento del premio di prima rata sempre che detto pagamento, in deroga all'art. 1901 c.c., avvenga entro i 60 giorni successivi. In caso contrario, l'assicurazione avrà effetto dalle ore 24 del giorno di pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della rispettiva scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 c.c.).

I premi potranno essere pagati alla Società o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del Broker incaricato.

Il termine temporale concesso per i pagamenti dei premi di prima rata e delle rate successive deve intendersi operante anche relativamente alle appendici di variazione emesse a titolo oneroso, fermo quanto diversamente normato dalla clausola di regolazione del premio, ove prevista.

Il termine di mora di cui sopra, in deroga all'art 1901 c.c., vale anche per le scadenze delle rate successive e, inoltre, qualora il Contraente si avvalga della facoltà di ripetizione del servizio o proroga.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973, la Società dà 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. del 18 Gennaio 2008 n.40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Inoltre, il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

1.3 Modifiche dell'assicurazione

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

1.4 Durata del contratto

La presente Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 31/12/2022 e cesserà automaticamente il giorno 31/12/2025 con scadenze annuali al 31/12 di ogni anno. Non è previsto il tacito rinnovo del contratto, pertanto, salvo diverso accordo tra le parti, l'assicurazione cesserà alla scadenza senza obbligo di disdetta. Il premio verrà corrisposto in rate annuali anticipate.

Tuttavia il Contraente avrà facoltà di richiedere alla Società, entro 90 giorni dalla scadenza, il rinnovo del contratto, alle medesime condizioni economiche e normative tutte in corso, per una durata di ulteriori 2 (due) anni, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

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

In tal caso si precisa che i massimali e i limiti di risarcimento cui alla Sezione 5, si intendono garantiti per l'intero importo senza alcuna riduzione in proporzione alla durata della proroga rispetto alla durata annuale; ugualmente le franchigie previste nel presente contratto non verranno ridotte.

1.5 Rinvio alle norme di legge

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

1.6 Produzione di informazioni sui sinistri

1. La Società, a semplice richiesta del Contraente ed entro 20 (venti) giorni dal ricevimento della stessa, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:
 - a. sinistri denunciati;
 - b. sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
 - c. sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
 - d. sinistri senza seguito;
 - e. sinistri respinti.
2. La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico compatibile e utilizzabile dal Contraente stesso.
3. Gli obblighi precedentemente descritti devono intendersi validi fino alla completa definizione dei sinistri denunciati.
4. In caso di mancato rispetto della tempistica prevista al comma 1 del presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, la Società dovrà corrispondere al Contraente un importo pari a euro 100,00 per ogni giorno di ritardo con il massimo di Euro 2.000,00.
5. La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.
6. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, e a seguito dello svincolo della garanzia definitiva, l'applicazione delle eventuali penali verrà effettuata direttamente sulle eventuali franchigie o regolazione dei premi, con corrispondente trattenuta dal pagamento.

1.7 Interpretazione del contratto

Il presente capitolato normativo abroga e sostituisce ogni diversa previsione degli stampati della Società eventualmente uniti all'assicurazione, restando convenuto che la firma apposta dal Contraente sui detti stampati vale esclusivamente quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio fra le Società eventualmente partecipanti alla coassicurazione. Ciò premesso, si conviene fra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente/Assicurato.

1.8 Oneri fiscali

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

1.9 Foro competente

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

1.10 Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Si conviene tra le parti che tutte le comunicazioni alle quali le parti sono contrattualmente tenute saranno considerate valide se fatte dall'una all'altra parte con lettera raccomandata o e-mail o telefax o pec o altro strumento idoneo ad assicurarne la provenienza.

1.11 Coassicurazione e delega

Se l'assicurazione è ripartita per quote tra più Società coassicuratrici, rimane stabilito che:

- ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto stesso, restando tuttavia inteso che la Società coassicuratrice designata quale delegataria è tenuta in via solidale alla prestazione integrale e ciò in espressa deroga all'art. 1911 c.c.;
- tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite della Società coassicuratrice Delegataria e del Contraente e ogni comunicazione si intende data o ricevuta dalla Società Delegataria anche nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici;
- i premi di polizza verranno corrisposti dal Contraente unicamente nei confronti della Società Delegataria per conto di tutte le coassicuratrici;
- con la firma del presente contratto, le Coassicuratrici conferiscono mandato alla Società Delegataria per firmare i successivi documenti contrattuali e compiere tutti i necessari atti di gestione anche in loro nome e per loro conto; pertanto, la firma apposta su detti documenti dalla società Delegataria li rende validi a ogni effetto anche per le coassicuratrici (per le rispettive quote), senza che da queste possano essere opponibili eccezioni o limitazioni di sorta.

Relativamente ai premi scaduti, la delegataria potrà sostituire le quietanze delle Società coassicuratrici, eventualmente mancanti, con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto.

1.2 Clausola Broker

1. Il Contraente dichiara di avvalersi, per la gestione e l'esecuzione del presente contratto - ivi compreso il pagamento dei premi - dell'assistenza e della consulenza del broker. Pertanto, a parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione del presente contratto - con la sola eccezione di quelle riguardanti la cessazione del rapporto assicurativo - dovrà essere trasmessa, dall'una all'altra parte, unicamente per il tramite del Broker.
2. Per effetto di tale pattuizione ogni comunicazione fatta alla Società dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta da quest'ultimo e, parimenti, ogni comunicazione inviata dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. Resta inteso che il Broker gestirà in esclusiva per conto del Contraente il contratto sottoscritto, per tutto il permanere in vigore dell'incarico di brokeraggio, con l'impegno del Contraente a comunicarne alla Società l'eventuale revoca ovvero ogni variazione del rapporto che possa riguardare il presente contratto. Non viene meno il potere della Contraente di corrispondere direttamente i premi o di formulare comunicazioni direttamente alla compagnia.

3. La Società inoltre, riconosce che il pagamento dei premi e delle eventuali regolazioni potrà essere fatto, come di norma sarà effettuato, dal Contraente tramite il Broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria, anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile, del pagamento così effettuato. Con ciò non è esclusa la possibilità del contraente di corrispondere direttamente i premi.
4. Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo pec le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dalla data di invio della pec.
5. I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
6. La remunerazione del broker, che ha eseguito le attività di cui sopra, è a carico della Compagnia aggiudicataria nella misura, in percentuale sul premio imponibile, del 7,15 % (settevirgolaquindicipercento). In ogni caso, tale remunerazione è parte dell'aliquota riconosciuta dalla Compagnia alla propria rete di vendita diretta e non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per la Stazione Appaltante.

1.13 Obblighi della Società relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari

In ottemperanza all'articolo 3 della Legge numero 136 del 13 agosto 2010, la Stazione Appaltante, la Società e, ove presente, l'intermediario, assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari per la gestione del presente contratto.

In tutti i casi in cui le transazioni finanziarie siano eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste Italiane Spa, il presente contratto si intende risolto di diritto.

Se la Società, il subappaltatore o l'intermediario hanno notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria, procedono all'immediata risoluzione del rapporto contrattuale. Questa circostanza deve essere comunicata alla stazione appaltante e alla Prefettura-Ufficio territoriale del Governo competente per territorio.

1.14 Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 5 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente. Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire. La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

2.1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che ciascun Assicurato rientrante in una delle categorie presenti alla sezione 5., subisca nello svolgimento delle attività dichiarate dal Contraente.

2.2 Estensione dell'assicurazione

Sono compresi nell'assicurazione:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi; escluse malaria,
- carbonchio, malattie tropicali;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

2.3 Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi in aereo, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque esercitati tranne che da aeroclub.

Il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

2.4 Rischio di guerra all'estero

La garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, insurrezione, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso

dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero e ciò per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

2.5 Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Gli eventuali indennizzi saranno corrisposti in Italia e in Euro.

2.6 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dalla guida di mezzi di locomozione aerei;
- b) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- c) da corse e gare – e relative prove – di ippica, calcio, ciclismo, football americano e rugby, salvo che esse abbiano carattere non professionistico;
- d) da corse e gare – e relative prove – comportanti l'uso di veicoli a motore o natanti a motore, salvo si tratti di regolarità pura;
- e) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, salvo gli atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- f) da guerra o insurrezione, salvo quanto previsto alla norma "rischio di guerra all'estero";
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche.
- h) Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da: salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica**
 - a) Sindrome da coronavirus (COVID-19)
 - b) sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-cov-2)
 - c) qualsiasi mutazione o variazione di SARS – cov-2.

2.7 Limiti di età

L'assicurazione, salvo diversa pattuizione risultante in polizza, non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva.

2.8 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili (salvo diversa previsione risultante dalla scheda di polizza) le persone affette da infermità mentali che incidano sulla capacità di intendere e di volere, da alcoolismo o da tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

2.9 Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, con la descrizione dell'evento e delle cause che lo determinano, corredata anche successivamente di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento. salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica

in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Successivamente il Contraente o l'Assicurato devono inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati. In caso di mancato rinnovo, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data diversa. L'Assicurato o, in caso di morte, il beneficiario devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

2.10 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo 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 considerati 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 questo avesse interessato una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito dalla norma "Invalidità permanente".

2.11 Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, la Società liquida la detta somma, in parti uguali, agli eredi.

2.12 Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio. Quando sia stato effettuato il pagamento dell'indennità e, in seguito, l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

2.13 Invalidità permanente

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni seguenti, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, secondo le percentuali previste dalla tabella di cui all'allegato 1 alla Legge 30.06.1965 n. 1124 e ss.mm.ii. in vigore fino al 24/07/2000, con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge e con la pattuizione che, qualora per la quantificazione del danno siano previste tabelle per la parte destra e per la parte sinistra del corpo, troverà comunque applicazione la tabella prevista per la parte destra, indipendentemente dalla parte colpita dal sinistro.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate 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 a ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita della mano, escludendo il pollice, si considera invalidità permanente soltanto l'asportazione totale delle falangi stesse.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella sopra menzionata tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura in cui risulta diminuita la capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Decorsi almeno 90 giorni dall'infortunio, su richiesta dell'Assicurato, la Società, quando abbia preventivato un grado di invalidità permanente superiore al 20%, anticiperà il pagamento di un indennizzo calcolato con riferimento all'anzidetta percentuale, al netto di eventuali franchigie.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'intera indennità assicurata a tale titolo.

2.14 Inabilità temporanea (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità dell'Assicurato ad attendere alle sue occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni medesime;
- b) parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni a decorrere dalle ore 24 del giorno dell'infortunio fino alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

I sinistri avvenuti al di fuori dell'Europa sono indennizzabili limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

2.15 Rimborso spese sanitarie (se assicurato)

Se l'Assicurato in conseguenza di infortunio fa ricorso a prestazioni sanitarie, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale previsto per anno assicurativo, o per il minor periodo di validità pattuito, le spese sostenute per:

- accertamenti diagnostici e medico legali (esclusi quelli previsti alla norma "controversie");
- visite mediche e specialistiche;
- acquisto medicinali;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale d'intervento;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico o, limitatamente alle specifiche previsioni delle singole schede tecniche di polizza, danneggiati in conseguenza di infortunio indennizzabile;
- rette di degenza;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'Assicurato con qualsiasi mezzo.

2.16 Indennità di ricovero a seguito di infortunio (se assicurata)

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in istituto di cura, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di 365 giorni, su presentazione di cartella clinica.

Qualora venga applicata un'ingessatura, l'indennità giornaliera prevista viene corrisposta, sino alla rimozione del mezzo di contenzione, anche per il periodo trascorso fuori dell'istituto.

2.17 Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

2.18 Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità, a norma e nei limiti delle norme di polizza, a un Collegio di tre 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. Il Collegio Medico risiede ove ha sede il Contraente.

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

La Società, entro 10 giorni dalla nomina del terzo medico, convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Le decisioni del Collegio 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.

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente, ove ne riscontri l'opportunità, a un termine, entro 2 anni, da fissarsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto stabilire una provvisoria sull'indennizzo totale non inferiore alla percentuale di invalidità permanente non in discussione.

2.19 Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia a ogni azione di rivalsa per le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, nei confronti dei responsabili dell'infortunio.

2.20 Esonero denuncia condizioni degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le malattie sofferte, nonché le mutilazioni e i difetti fisici da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

2.21 Esonero denuncia generalità degli Assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento alla documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge.

2.22 Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate.

2.23 Esclusione OFAC- Sanzioni internazionali

L'articolo 2.6 Esclusioni viene integrato con la seguente ulteriore esclusione:

Gli [Assicuratori] [Riassicuratori] non sono tenuti a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga gli [Assicuratori] [Riassicuratori], la loro capogruppo o la loro controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali.

SEZIONE 3. NORME PARTICOLARI

(operanti solo se espressamente richiamate alle singole sezioni della Scheda di polizza)

3.1 Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali o da attività specifiche

L'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività e nell'espletamento delle funzioni professionali e/o durante lo svolgimento di qualsiasi incarico inerente al servizio e/o al mandato conferitogli e/o in occasione di comando da parte del Contraente presso altri Enti Pubblici e/o durante lo svolgimento delle attività meglio descritte nella Scheda tecnica di polizza.

3.2 Assicurazione in base ai multipli delle retribuzioni

Il premio viene anticipato in base al preventivo delle retribuzioni lorde annue corrisposte al personale dipendente, alle quali è applicato il tasso lordo di premio, che rimane fisso per tutta la durata del contratto, come indicati nella scheda di polizza; il detto premio è soggetto a conguaglio al termine di ciascun periodo assicurativo, sulla scorta delle retribuzioni lorde annue registrate a consuntivo. Agli effetti del calcolo del premio per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, le indennità di disagio, di missione, la tredicesima e l'eventuale quattordicesima. Ai fini della liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita per i titoli di cui sopra nei 3 mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio, moltiplicata per quattro e al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese. All'importo così ottenuto si aggiungono:

- le somme non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, ma effettivamente corrisposte all'infortunato nei 3 mesi cui sopra;
- la tredicesima ed eventualmente la quattordicesima mensilità, pagate al dipendente prima dell'infortunio.

Se l'infortunato ha una anzianità di servizio inferiore ai 3 mesi, è considerata retribuzione quella che egli avrebbe percepito nel primo anno di servizio in base al C.C.N.L. di categoria.

3.3 Rischio in itinere

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato mentre compie il tragitto per recarsi dall'abitazione al luogo di svolgimento dell'attività, del mandato o dell'incarico, e viceversa.

3.4 Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del presente contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste al D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e con la franchigia relativa prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, che si intendono pertanto escluse dalla garanzia.

3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione

La Società, per il solo caso di morte determinata da aggressione, atti di terrorismo o attentato, ai danni delle persone assicurate, corrisponderà l'indennità prevista in polizza per il caso di morte, maggiorata del 50%.

3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività

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 o di incarichi, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

3.7 Deroga ai limiti di età

L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 80 anni e fino a 85 anni, per le quali resta tuttavia convenuto che la garanzia per invalidità permanente deve intendersi prestata con una franchigia assoluta del 5% (cinque per cento), in deroga a ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.

3.8 Danni estetici

In caso di infortunio che abbia cagionato un danno di carattere estetico e lo stesso non risulti altrimenti indennizzabile in forza del presente contratto, la Società rimborserà, fino a un massimo di Euro 5.000,00 per Assicurato, le spese per cure e applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

3.9 Malattie tropicali

La garanzia è prestata per il rischio delle malattie tropicali da cui gli assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il mondo, con l'intesa che per le malattie tropicali devono intendersi quelle contemplate nel R.D. 07.02.38 n. 281 e successive modifiche e integrazioni.

La validità della garanzia per le malattie tropicali è subordinata al fatto che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che si siano sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle autorità sanitarie dei paesi ove si recano.

3.10 Spese di rimpatrio

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o il Contraente per esse) dovessero sostenere a seguito di infortunio grave occorso all'estero, nonché al rimborso delle spese sostenute in caso di decesso per il rimpatrio della salma.

Per tale estensione di garanzia è previsto un limite di Euro 5.000,00 per Assicurato.

3.11 Servizio di protezione civile

L'assicurazione è estesa all'espletamento di attività e/o servizi di protezione civile svolti per incarico del Contraente.

3.12 Regolazione del premio

Il premio viene anticipato dal Contraente in via provvisoria, sulla base dei parametri e dei rispettivi importi unitari indicati nelle singole schede tecniche quali elementi per il conteggio del premio.

Il detto premio viene definito al termine di ciascun periodo assicurativo annuo sulla scorta delle differenze registrate a consuntivo negli anzidetti parametri.

A tal fine, entro 120 giorni dalla scadenza di ogni periodo assicurativo annuo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il consuntivo dei parametri sopra menzionati, affinché la Società stessa possa procedere alla regolazione del premio definitivo.

L'eventuale differenza di premio risultante dalla regolazione deve essere pagata dalla parte debitrice entro i 60 giorni successivi a quello di ricevimento, da parte del Contraente, della relativa appendice emessa dalla Società, inteso che l'eventuale differenza passiva verrà rimborsata al Contraente al netto delle imposte.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento dell'eventuale differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore ai 30 giorni. Trascorso tale termine, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o in garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o non è stato effettuato il pagamento della differenza attiva; in carenza della prescritta comunicazione o del pagamento della differenza attiva dovuta alla Società, l'assicurazione resta sospesa fino alla 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, per iscritto, la risoluzione del contratto.

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

SEZIONE 4. LIMITI E FRANCHIGIE

4.1 Limite catastofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00. **salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica**

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

4.2 Franchigia

Non è prevista l'applicazione di franchigie.

4.3 Non cumulabilità garanzie

Nel caso di infortunio che colpisca un assicurato rientrante contestualmente in più di una categoria Assicurata, gli indennizzi spettanti non si cumuleranno e si farà riferimento ad una sola prestazione.

SEZIONE 5. CATEGORIE E SOMME ASSICURATE

Categoria A – Studenti ed altre figure in formazione

Assicurati

A titolo esemplificativo e non esaustivo: Studenti dell'Ateneo, anche se fuori corso, iscritti a corsi di laurea vecchio ordinamento, I°, II°, III° livello, Studenti part time, Master di qualsiasi livello, Diploma universitario, specialistica a ciclo unico (5 anni o più), studenti erasmus, tirocinanti post laurea anche all'estero, stagisti, borsisti, corsisti, specializzandi, dottorandi di ricerca, assegnatari di borse di studio anche all'estero, studenti ammessi con riserva ma non iscritti, studenti collaboratori di tutorato /ex. Art 13 Lgs 341/90); studenti incoming, studenti provenienti da altri Atenei anche stranieri, laureati e dottorandi che frequentano uno o più corsi di insegnamento, nell'ambito di programmi/progetti di formazione nazionale e comunitaria e non, Erasmus e simili, tirocini post-laurea, dottorato, diplomi, master, stages, borse di studio di qualsiasi tipo, borse di collaborazione, ecc...

Ambito di validità dell'assicurazione

la garanzia si intende prestata per gli infortuni subiti nell'esercizio di tutte le attività universitarie intendendosi per tali tutte le attività tipiche connesse con lo svolgimento degli studi, sia presso il Contraente che presso terzi, in Italia ed all'estero, e compreso il rischio in itinere per gli Assicurati appartenenti a tutte le categorie.

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

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

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati per tutte le attività inerenti, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: presso laboratori anche esterni all'ateneo, ma riconosciuti dal Contraente - visite presso aziende - giornate di orientamento - stage - tirocini - laurea specialistica - abilitazioni varie - viaggi studio - visite didattiche – durante lo svolgimento delle attività didattiche, formative e culturali, ricreative, ginnico-sportive, assistenziali e comunque per tutti gli Infortuni connessi alla partecipazione a qualsiasi forma universitaria, pre-universitaria o post-universitaria purché autorizzata dal Contraente.

Indennità assicurate pro capite **salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica**

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente.
- Euro 10.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio
- Euro 50,00 in caso ricovero come diaria giornaliero

Condizioni particolari operanti

- 3.3 Rischio in Itinere
- 3.4 Malattie Professionali
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie Tropicali
- 3.10 Spese di Rimpatrio
- 3.12 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero studenti: 7.000

Categoria B – Dipendenti e altri soggetti in missione

Assicurati

Tutti i dipendenti del Contraente nonché altri soggetti (quali, a titolo meramente indicativo e non esaustivo: Componenti Organi Accademici, personale comandato da altri Enti, titolari di contratti di collaborazione o di incarichi a contratto, lavoratori interinali e disciplinati dalla L. Biagi, soggetti occupati in lavori socialmente utili, volontari), autorizzati dal Contraente all'utilizzo di mezzi di trasporto e assicurabili in forza di specifiche previsioni di leggi, contratti o convenzioni e per la cui identificazione varrà la documentazione amministrativa tenuta dal Contraente a termini di legge. L'assicurazione è estesa a tutte le persone autorizzate dal Contraente medesimo a farne uso.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti dagli Assicurati in qualità di conducenti o trasportati di mezzi di trasporto utilizzati per conto e su autorizzazione del Contraente, per l'espletamento di compiti di servizio al di fuori dell'ufficio e limitatamente al tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni di servizio, compresi gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto menzionati e durante le operazioni necessarie, in caso di fermata, a riprendere la marcia. Per l'identificazione dei mezzi di trasporto per il cui utilizzo è prestata l'assicurazione, farà fede la documentazione amministrativa del Contraente. La garanzia è operante anche in occasione di missioni esterne svolte per conto di Enti presso i quali i menzionati assicurati siano comandati dal Contraente, anche per incarichi di reggenza o di supplenza, sempre che per tali incarichi siano considerati i corrispondenti elementi pattuiti per il computo del premio della presente sezione.

Indennità assicurate pro capite **salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica**

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente.
- Euro 10.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio
- Euro 50,00 in caso ricovero come diaria giornaliero
-

Condizioni particolari operanti

- 3.3 Rischio in Itinere
- 3.4 Malattie Professionali
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie Tropicali
- 3.10 Spese di Rimpatrio
- 3.12 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base:

- 1) relativamente all'utilizzo di mezzi di trasporto non di proprietà del Contraente – alla percorrenza chilometrica coperta, per conto e su autorizzazione del Contraente, dai mezzi di trasporto utilizzati dagli Assicurati per gli adempimenti sopra descritti;
 - 2) relativamente all'utilizzo di mezzi di trasporto di proprietà del Contraente, o nelle disponibilità dello stesso per convenzione, comodato o locazione – al numero complessivo di tali mezzi di trasporto, esclusi rimorchi;
- e viene anticipato in base a:

a) preventivo percorrenza di cui al punto 1) = Km. 50.000

tasso di premio per Km. = Euro _____
per un importo di _____ Euro _____

b) numero iniziale dei mezzi di trasporto di cui al punto 2) = 5

premio per mezzo di trasporto = Euro _____
per un importo di _____ Euro _____

per un premio lordo annuo (a + b), soggetto a regolazione a consuntivo, pari a Euro _____

Categoria C – Dipendenti con mansioni di “Portavalori”

Assicurati

Il personale dipendente che per ordine della Contraente svolge funzioni di “Portavalori”.

Ambito di validità dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni sofferti da ciascun Assicurato della presente Categoria che per ordine e conto della Contraente si trova in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio fuori dall' ufficio per le attività di portavalori anche quando si trova in qualità di guidatore e/ o trasportato su mezzi di proprietà dell'Ente ovvero su mezzi non di proprietà di questa, dal momento in cui vi salgono a quello in cui ne discendono, o si prestino ad operazioni (riparazioni, manovre a spinta, etc.) attorno ad esso. L'efficacia della copertura assicurativa è esclusivamente riferita a rischio di mansione “Portavalori” svolto per conto dell'Ente (compresi trasferimenti, missioni, etc) ed è estesa al periodo del tragitto da e per l'abitazione (RISCHIO IN ITINERE).

Indennità assicurate pro capite **salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica**

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente.
- Euro 10.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio
- Euro 50,00 in caso ricovero come diaria giornaliero

Condizioni particolari operanti

- 3.3 Rischio in Itinere
- 3.4 Malattie Professionali
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie Tropicali
- 3.10 Spese di Rimpatrio
- 3.12 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo è determinato in base a:

n. addetti Portavalori = 5
premio unitario = Euro _____

Il premio lordo annuo, soggetto a regolazione a consuntivo, ammonta a Euro _____

Categoria D – Collaboratori, Volontari, Visiting Professor, Visiting Researcher, Visiting Fellow, etc.

Assicurati

A titolo esemplificativo e non esaustivo: Collaboratori, volontari, Visiting Professor, Visiting Researcher, Visiting Fellow, consulenti e qualsiasi altro soggetto di cui il Contraente si avvalga per svolgere attività didattica/formativa ed in favore dei quali è prevista, secondo accordi, l'attivazione delle garanzie previste nella presente polizza.

Ambito di validità dell'assicurazione

la garanzia si intende prestata per gli infortuni subiti nell'esercizio di tutte le attività universitarie intendendosi per tali tutte le attività tipiche connesse con lo svolgimento delle attività demandate agli Assicurati, sia presso il Contraente che presso terzi, in Italia ed all'estero, e compreso il rischio in itinere.

Sono anche compresi gli infortuni subiti dagli Assicurati durante i trasferimenti tra le varie sedi universitarie, tra i dipartimenti, presso altre università ed istituti, strutture diverse da quelle universitarie quali laboratori, Industrie, centri di studio ecc. anche al di fuori dello stretto ambito universitario.

Indennità assicurate pro capite salvo quanto stabilito nell'offerta Tecnica

- Euro 250.000,00 in caso di morte;
- Euro 250.000,00 in caso di invalidità permanente.
- Euro 10.000,00 in caso di spese sanitarie da infortunio
- Euro 50,00 in caso ricovero come diaria giornaliero

Condizioni particolari operanti

- 3.3 Rischio in Itinere
- 3.4 Malattie Professionali
- 3.5 Elevazione dell'indennità assicurata in caso di morte da aggressione
- 3.6 Estensione alle aggressioni al di fuori dell'orario di svolgimento dell'attività
- 3.8 Danni estetici
- 3.9 Malattie Tropicali
- 3.10 Spese di Rimpatrio
- 3.12 Regolazione del premio

Elementi per il conteggio del premio

Il premio annuo lordo viene determinato in base al numero studenti:_____

SCHEDA DI POLIZZA

Costituente parte integrante della polizza Infortuni Cumulativa dell'Ente n°

Contraente: **UNIVERSITA' DEGLI STUDI DEL MOLISE**
VIA DE SANCTIS SNC -LOCALITA' VAZZIERI
86100 CAMPOBASSO (CB)
P.Iva 00745150706 - C. Fiscale 92008370709

durata del contratto: **anni 3**
effetto dalle ore 24: **31 dicembre 2022**
scadenza del contratto **31 dicembre 2025**
Pagamento **annuale**

L'assicurazione è operante in favore degli Assicurati e con riferimento agli ambiti meglio precisati alle seguenti singole Categorie, per le indennità assicurate e dietro corresponsione dei premi rispettivamente indicati in ciascuna di esse:

Categorie/Assicurati	Parametro	Premio lordo annuo unitario (€)	Riepilogo premi lordi annui (€)
Categoria A – Studenti	N.7.000	...	
Categoria B – Dipendenti e altri soggetti	a) Preventivo percor. =Km.50.000 b) numero iniziale dei mezzi di trasporto= 5	a)..... b).....	Euro.....= (a+b),
Categoria C – Dipendenti con mansioni di portavalori	N. 10	_____	
Categoria D – Collaboratori, Volontari, Visiting Professor, Visiting Researcher, Visiting Fellow, etc.	N. 0	_____	
		Da offrire pur non essendo valorizzato	
PREMIO ANNUO TOTALE			

Scomposizione del premio annuo

Premio annuo imponibile	Euro.0,00=
Imposte	Euro.0,00=
TOTALE	Euro.0,00=

La Società

Il Contraente
