

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: corso Como - 20154 Milano - Italia
 Capitale sociale €767 milioni di cui €211 milioni interamente versato
 Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C.
 C.F. e P.IVA - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018
 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano 1576311
 Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025
 Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto Albo Gruppi IVASS n. 041


POLIZZA INFORTUNI AZIENDE e COLLETTIVITÀ - M

ramo 8	polizza n. 404984200	agenzia PERUGIA	codice 5014	cod. sub agente 2	cod. produttore	cod. prodotto 8E54	posizione archivio
decorrenza polizza 31/12/2019	scadenza polizza 31/12/2024	scadenza prima rata 31/12/2020	frazionamento ANNUALE	scadenza annuale 31/12	adeguamento automatico		n. indice
Aut. Spec. - cod. conv.	convenzione	cod. pagam.	vincolataria			scadenza vincolo	
Contraente UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA					cod. cliente	codice fiscale / n. partita IVA 01541040232	
indirizzo - via - n. civico - eventuale località VIA DELL'ARTIGLIERE N.8				comune VERONA	provincia VR	c. a. p. 37129	
polizza sostituita NUOVA	ramo	ultima quietanza pagata	premio imponibile	rischi comuni - polizza n.	ramo	coassicurazione quota AXA assicurazioni %	cod. deleg.
ATTIVITA' DEL CONTRAENTE							
Attività esercitata dal Contraente UNIVERSITA'							
FORMA DI ASSICURAZIONE							
L'assicurazione si intende prestata in base al capitolato allegato alla presente							
<input checked="" type="checkbox"/> allegato 1		<input checked="" type="checkbox"/> allegato 2			<input checked="" type="checkbox"/> allegato 3		
descrizione 1, condizioni particolari, note aggiuntive... vedi allegato capitolato CIG. N. 7958834D93							
GARANZIE PRESTATE E PREMI IMPONIBILI							
Unità tecniche	Garanzia - Prestazione			somma assicurata		ripartizione premio base annuo euro	
1 infortuni	morte			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
2 infortuni	invalidità permanente			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
3 infortuni	rimborso spese mediche			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
4 infortuni	diaria da ricovero (ove prevista)			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
5 infortuni	Diaria per gessatura (ove prevista)			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
6 infortuni	Diaria per inabilità temporanea (ove prevista)			VEDI CAPITOLATO ALLEGATO			
totale premio imponibile annuo o premio minimo in caso di regolazione premio						regolazione premio si/no	si
PREMIO euro							
abbuono prima rata	premio infortuni	complemento/accessori	imposta infortuni	Totale prima rata		Totale prima rata Euro	
	144.268,29		3.606,70	147.875,00			
premio rate successive fraz. annuale	premio infortuni	complemento/accessori	imposta infortuni	Totale rate successive		Totale rate successive Euro	
	144.268,29		3.606,70	147.875,00			
				codice rischio	tipo rischio	categoria	sottocategoria altri
emessa in 3	esemplari il 19/12/2019			data pagamento del premio di rata iniziale			l'esattore
riassicurazione				%			

Agenzia Perugia		Codice 5014
Ramo 8	polizza n. 404984200	

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1910 dichiara che:

- 1) gli assicurati non hanno in corso altre assicurazioni con altre compagnie per i rischi previsti nella presente polizza;
- 2) gli assicurati non hanno precedenti contratti analoghi risolti per sinistro;
- 3) gli assicurati non soffrono di malattie gravi, non sono affetti da infermità, minorazioni anatomiche o funzionali o imperfezioni fisiche;
- 4) i beneficiari designati in caso di morte sono gli eredi legittimi e/o testamentari.

In caso di difformità dalle precedenti dichiarazioni compilare la casella successi va "dichiarazioni del Contraente a complemento o deroga"

- DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE A COMPLEMENTO O DEROGA -

(eventuali allegati di dichiarazione se il campo non fosse sufficiente)

Il Contraente dichiara che, prima della conclusione del presente contratto, ha ricevuto letto e accettato:

- il "Fascicolo informativo – Infortuni aziende e collettività - XXX", comprendente la Nota Informativa integrata dal Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione, conforme a quanto stabilito dal regolamento ISVAP n° 35 del 26.5.2010;
- il mod. 9045 "Informativa sulla privacy".

IL CONTRAENTE

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C., il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni degli Artt. seguenti delle "Condizioni Generali di Assicurazione" contenute nel "Fascicolo informativo – Infortuni aziende e collettività - XXX": Art. 2 – Altre assicurazioni; Art. 7 – Recesso in caso di sinistro; Art. 8 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione; Art. 10 – Foro competente; Art. 17 – Limite di età; Art. 18 - Persone non assicurabili; Art. 20 - Limite catastrofale; Art. 22 - Rischio volo; Art. 27 – Obblighi in caso di sinistro; Art. 28 - Criteri di indennizzabilità; Art. 30 – Controversie - arbitrato irrituale.

IL CONTRAENTE

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'Art.23 D. Lgs. N.196/2003

1) Io sottoscritto, ricevuta e letta l'Informativa riportata sul modello 9045 contenuta nel Fascicolo Informativo identificato dal modello riportato nel frontespizio di polizza acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità assicurative descritte alla lettera "A" dell'informativa.

Per le finalità commerciali descritte alla lettera "B" dell'informativa:

2) Attività promozionali e di vendita: **acconsento** al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali e di vendita di prodotti e/o servizi AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo.

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3) Ricerche di mercato: **acconsento** al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di ricerche di mercato e di rilevazioni statistiche relative ai prodotti e/o servizi di AXA e di società appartenenti allo stesso Gruppo, e di rilevazioni sulle mie esigenze relativamente a tali prodotti e servizi.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

4) Attività promozionali, di vendita e ricerche di mercato di prodotti e servizi di società partner: **acconsento** al trattamento dei miei dati non sensibili per lo svolgimento di comunicazioni ed iniziative promozionali, di vendita e di ricerca di mercato riferite a prodotti e servizi di società partner.

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

Le attività promozionali e di vendita, le Ricerche di mercato ed i servizi di società partner vengono realizzate da AXA, società appartenenti allo stesso gruppo o da società terze, anche avvalendosi di mezzi di comunicazione a distanza.

IL CONTRAENTE



AXA Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: corso Como 17 - 20154 Milano Italia - Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 Capitale sociale € 767 milioni di cui € 211 milioni interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - C.F. e P. IVA n. 00902170018 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

Agenzia
Perugia

Codice
5014

Ramo
8

polizza n.
404984200

- Avvertenza -

Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa

Il Contraente può pagare il premio di assicurazione all'intermediario / agente (D.Lgs.7 settembre 2005, N. 209 – Codice delle assicurazioni private) con le seguenti modalità:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'impresa per conto della quale operano o a quella di cui sono distribuiti i contratti, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

E' consentito pagare in contanti i premi per l'assicurazione contro i danni, di cui all'articolo 2, comma 3 del decreto sopra indicato, aventi importo non superiore a settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto. Tale limitazione non opera per le coperture del ramo responsabilità civile auto e per le relative garanzie accessorie, se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto.

IL CONTRAENTE

.....

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

.....



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N. 404984200

LOTTO 1

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA



UNIVERSITÀ
di **VERONA**

Via dell'Artigliere n. 8 - 37129 Verona

Partita IVA 01541040232
Codice Fiscale 93009870234

CODICE CIG: 7958834D93



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

PREMESSA

SEZIONE 1 –DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

- Art. 1 Definizioni
- Art. 2 Descrizione dell'attività
- Art. 3 Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche – validità territoriale - Inserimento nuove categorie

SEZIONE 2 –NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Assicurazioni presso diversi assicuratori
- Art. 3 Durata del contratto
- Art. 4 Pagamento del premio - decorrenza della garanzia - regolazione premio
- Art. 5 Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto
- Art. 6 Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione
- Art. 7 Prova del contratto e modifiche dell'assicurazione
- Art. 8 Forma delle comunicazioni
- Art. 9 Oneri fiscali
- Art. 10 Foro competente
- Art. 11 Rinvio alle norme di legge
- Art. 12 Interpretazione del contratto
- Art. 13 Ispezioni e verifiche della Società
- Art. 14 Titolarità dei diritti nascenti della polizza
- Art. 15 Estensione territoriale
- Art. 16 Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio
- Art. 17 Clausola Broker
- Art. 18 Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s.m. e i.
- Art. 19 Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

SEZIONE 3 –RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

- Art. 1 Oggetto dell'assicurazione
- Art. 2 Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata
- Art. 3 Garanzie sempre operanti
- Art. 4 Esclusioni
- Art. 5 Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili
- Art. 6 Limite di indennizzo per sinistri catastrofali
- Art. 7 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

SEZIONE 4 –GESTIONE DEI SINISTRI

- Art. 1 Denuncia del sinistro e relativi obblighi
- Art. 2 Criteri di indennizzabilità
- Art. 3 Controversie sulla definizione del danno
- Art. 4 Liquidazione dell'indennità
- Art. 5 Rinuncia all'azione di surroga

SEZIONE 5 –CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

- Art. 1 Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati
- Art. 2 Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
- Art. 3 Riparto di coassicurazione (valida solo in caso di coassicurazione)

Clausole vessatorie

**PREMESSA**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione (se esistente).

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI, DESCRIZIONE ATTIVITA' E IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI**Art.1 - Definizioni**

Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo	il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Beneficiario	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'Assicurato stesso.
Broker	Willis Italia S.p.a. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Franchigia	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità Temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Invalidità Permanente	La perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).
Ospedale, clinica, casa o istituto di Cura	La struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Morte	Il decesso, compreso lo stato dichiarato di "coma irreversibile", conseguente ad infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dalla Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio in itinere	Tragitto dal luogo di residenza/domicilio/lavoro al luogo di prestazione del servizio/attività per conto dell'Ateneo Contraente e viceversa, effettuato con qualsiasi mezzo
Rischio professionale	L'evento verificatosi durante o riconducibile allo svolgimento delle attività



	professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con la Contraente.
Rischio extraprofessionale	L'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.
Scoperto	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società	L'Impresa di Assicurazioni che garantisce il rischio e le eventuali Imprese Coassicuratrici o Mandanti nonché, laddove presenti, le Agenzie delle stesse (in gestione diretta o in economia) alle quali viene assegnato il contratto, oppure qualora trattasi di sindacato o sindacati dei Lloyd's, l'Assicuratore o gli Assicuratori.
Veicoli	Mezzi di locomozione iscritti al P.R.A. (esclusi i rimorchi), biciclette e biciclette a pedalata assistita con esclusione dei veicoli afferenti il trasporto pubblico/privato compresi i taxi e veicoli NCC (noleggio con conducente)

Art. 2 – Descrizione dell'Attività

Università.

Tra le attività della Contraente sono comprese quelle istituzionali oltre che accessorie, complementari o comunque svolte di fatto con ogni mezzo ritenuto utile o necessario

Art. 3 – Identificazione degli Assicurati – esonero denuncia infermità fisiche – validità territoriale - Inserimento nuove categorie

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie elencate alla Sez.5 Art.1, per le quali la Contraente ha l'obbligo o l'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 dalla Contraente stessa.

Nel caso in cui venga concordata e attivata, in corso di contratto, una nuova categoria (originariamente non prevista alla Sezione 5 Art. 1), il rischio si intenderà coperto dalle ore 24.00 della data della comunicazione di richiesta di attivazione (alle condizioni concordate) inoltrata dalla Contraente e/o dal Broker o dalle ore 24.00 della data indicata nella richiesta se posteriore a quella di inoltro.

La Compagnia emetterà, entro 30 giorni dalla data di decorrenza del nuovo rischio, appendice attestante l'attivazione della categoria menzionata e il rateo di premio verrà versato nei termini previsti dalla Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio - decorrenza della garanzia – regolazione premio".

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

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

La Contraente resta altresì esonerata 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 che dovessero in seguito sopravvenire.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

Le dichiarazioni inesatte e reticenti della Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

La Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio, così come previsto dal successivo Art. 5 "Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto".



Art. 2 – Assicurazioni presso diversi Assicuratori

La presente assicurazione si intende stipulata indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle future, nonché in aggiunta ad eventuali assicurazioni private a favore degli Assicurati da chiunque stipulate.

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del C.C. la Contraente e l'Assicurato sono esonerati, anche in caso di sinistro, dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate, o che verranno stipulate in futuro per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

Art. 3 – Durata del contratto

Il contratto ha decorrenza dalle ore 24.00 del 31.12.2019 e scadenza ore 24.00 del 31.12.2024 con scadenze annuali intermedie al 31 dicembre di ciascun anno, e con espressa esclusione del tacito rinnovo.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una durata poliennale, cioè pari o superiore a due anni, è facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione a mezzo raccomandata (o PEC) inviata dall'una all'altra parte almeno quattro mesi prima di tale scadenza.

E' facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la cessazione del contratto per qualsiasi motivo, richiedere alla Società una proroga 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, si impegna sin d'ora a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per il periodo richiesto, purché non eccedente i 6 mesi decorrenti dalla scadenza del contratto.

Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia –regolazione premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo.

La deroga dei termini di pagamento di cui al primo comma del presente articolo si applica anche ad ogni appendice a titolo oneroso emessa a variazione del contratto, compresa l'eventuale proroga di cui all'art. 3 "Durata del Contratto" della presente Sezione.

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

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

I dati consuntivi devono essere comunicati entro 120 giorni dalla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o eventuale minor durata del contratto.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

Se la Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Nel caso che entro il termine sopra indicato la Contraente non abbia inoltrato alcuna comunicazione si intenderà che i valori delle partite assicurate non hanno subito variazioni durante l'annualità trascorsa.

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

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

I premi possono essere pagati alla Società Assicuratrice, anche per il tramite del Broker incaricato della gestione del contratto.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 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 del C.C. nei confronti della Società stessa.

Art. 5 - Variazione del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto, tali che se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe assunto il rischio o l'avrebbe assunto per un premio più elevato.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato per iscritto alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le variazioni che devono essere comunicate riguardano circostanze di fatto interne all'organizzazione della Contraente in grado di determinare un aggravamento di rischio rilevante, pertanto la Contraente non è tenuta a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Art. 6 – Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

6.1) Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora la Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare alla Contraente entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

6.2) Recesso per aggravamento del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora la Contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare alla Contraente entro, e non oltre, tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

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

6.3) Recesso a seguito di sinistro

Tale condizione non si applica al presente contratto.

In tutti i casi di recesso si conviene quanto segue:

1. La Società, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al contraente tutti i dati di cui all'art. 16 "Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati sopra richiamati.
2. La Società entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborserà alla Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte;
3. La Società, in caso di recesso con durata del preavviso contrattuale eccedente la scadenza annuale di polizza rinuncerà ad incassare l'intera quietanza annuale ma emetterà appendice con indicazione del rateo dovuto per il periodo di copertura compreso nell'annualità successiva. Tale appendice dovrà essere pagata nei termini previsti dall'art. 4 "Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione premio".

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

La Società è obbligata a rilasciare alla Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali. Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e la Società sono tenuto devono essere effettuate con mezzo idoneo a comprovare la data e il contenuto e devono essere indirizzate alla Società e alla Contraente oppure al Broker al quale la Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. A titolo esemplificativo le comunicazioni possono essere effettuate a mezzo posta elettronica certificata, posta elettronica semplice, raccomandata, corriere, fax ecc.



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

Art. 9 – Oneri fiscali

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

Art. 10 – Foro competente

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

In deroga alle prescrizioni ex lege 28/2010 e ss.mm.ii. Le parti individuano sin d'ora e si obbligano ad adire quale Organismo di mediazione competente, esclusivamente quello del luogo ove il Contraente ha sede legale.

Art. 11 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 12 – Interpretazione del contratto

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione delle condizioni di polizza, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza, purché tale interpretazione possa essere ritenuta legittima e non contraria alle disposizioni di legge.

Art. 13 – Ispezioni e verifiche della Società

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

Art. 14 – Titolarità dei diritti nascenti della polizza

La presente polizza è stipulata dal Contraente, ai sensi dell'art. 1891 del C.C., nell'interesse e a favore degli Assicurati. L'Università degli Studi di Verona pertanto assume la qualifica di Contraente, ovvero della persona giuridica che stipula l'Assicurazione con il consenso degli Assicurati ed adempie agli obblighi previsti dall'Assicurazione stessa, salvo quelli che, per loro natura, non possono che essere adempiuti dall'Assicurato stesso.

Art. 15 – Estensione territoriale

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero.

Art. 16 – Obbligo di fornire i dati sull'andamento del rischio

La Società, entro 60 giorni dal termine di ogni annualità assicurativa, 180 giorni prima della scadenza finale del contratto e in tutti i casi di recesso, si impegna a fornire alla Contraente il dettaglio (data sinistro, numero sinistro, descrizione sintetica) aggiornato a non oltre 60 giorni precedenti, dei sinistri denunciati così suddiviso:

- sinistri riservati (con indicazione dell'importo a riserva);
- sinistri liquidati (con indicazione dell'importo liquidato);
- sinistri senza seguito/respinti.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono alla Contraente di chiedere, e ottenere dalla Società, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

L'obbligo di fornire i dati relativi ai sinistri permane fino alla definizione dell'ultima posizione di sinistro aperta sul contratto, ancorché successiva alla scadenza naturale dello stesso.

Art. 17 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente Polizza al broker incaricato Willis Italia Spa – n. iscrizione RUI n. B000083306.

La Società riconosce che ogni comunicazione relativa alla presente assicurazione avverrà per il tramite del broker e tutti i rapporti inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto della Contraente e dell'Assicurato dal Broker medesimo. Ai sensi della legislazione vigente, la Società dichiara che il broker è autorizzato ad incassare i premi o le rate di premio, con effetto liberatorio nei confronti della Società stessa.



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

Pertanto, il pagamento del premio eseguito in buona fede dal Contraente al broker si considera come effettuato direttamente alla Società.

Art. 18 – Tracciabilità dei Flussi Finanziari ex Legge 136/2010 e s. m. e i.

La Società assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche e integrazioni al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Qualora la Società non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

Art. 19 – Coassicurazione e delega (valida solo in caso di coassicurazione)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio e ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. Tuttavia, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1911 del C.C. ogni Società indicata nel riparto è obbligata solidalmente con le altre Società nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Coassicuratrice Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate nel riparto alla gestione del contratto per loro conto. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Coassicuratrice Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

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

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

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

SEZIONE 3 - RISCHI ASSICURATI E LIMITAZIONI

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione dell'espletamento delle attività e/o l'assolvimento dei compiti e dei servizi effettuati per conto della Contraente, compreso il rischio in itinere se previsto nella specifica categoria.

Anche in deroga a quanto previsto dagli artt. 1900 e 1912 del C.C. , si conviene di ricomprendere in garanzia gli eventi sotto indicati:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze tossiche;
- il contatto con corrosivi o simili;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione e le scariche elettriche in generale;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le ustioni in genere;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da atti violenti e 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 e da atti di coraggio;
- 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;
- vertigini;
- le infezioni derivanti da operazioni chirurgiche, trattamenti, cure mediche rese necessarie da infortunio;
- ernie traumatiche, ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo; relativamente alle ernie addominali si conviene che:
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) risulti operabile verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia (anche bilaterale) non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente.

Art. 2 – Garanzie operanti solo se richiamate nella categoria assicurata

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti solo se richiamate nella specifica categoria assicurata (Sez. 5 art. 1):

A. Rischio in itinere

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante l'itinerario percorso, con qualsiasi mezzo, per recarsi dal luogo di residenza/domicilio/lavoro al luogo di prestazione del servizio/attività per conto dell'Ateneo Contraente e viceversa

B. Rimborso spese mediche

La Società garantisce, fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di cui all'art. 1 della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza per:

- accertamenti diagnostici ed esami in genere compresi gli esami di laboratorio;
- applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- visite mediche e specialistiche;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'equipe operatoria, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, compresi i medicinali;
- apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, sangue, plasma;
- spese di ricovero e rette di degenza;
- cure mediche e trattamenti fisioterapici rieducativi ;
- acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- noleggio di carrozzelle ortopediche, deambulatori e apparecchi sanitari simili;
- spese farmaceutiche per medicinali prescritti dal medico a seguito dell'infortunio;
- i costi documentati eventualmente sostenuti dalla Contraente/Assicurato per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, e/o tra Istituti di Cura e/o dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-auto-ambulanza. La garanzia è valida anche in caso di infortunio che colpisce l'Assicurato nel corso di una missione o viaggio all'estero disposto dalla Contraente e che rendano necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal medico curante, in un Istituto di cura/ospedale attrezzato in Italia.

La Società effettua il rimborso a cure ultimate previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

C. Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

ad attendere le sue occupazioni professionali, l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di inabilità per un periodo massimo di 90 giorni.

L'indennità è corrisposta come segue:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività professionali.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per ricovero o gessatura.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

D. Diaria da ricovero

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura legalmente riconosciuto, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 90 giorni.

Il giorno di ingresso e di dimissioni viene conteggiato come unico giorno.

La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di Cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie per gessatura e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

E. Diaria da gessatura

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza all'Assicurato viene applicato un apparecchio gessato o un presidio immobilizzante equivalente la Società corrisponderà l'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di gessatura, per un periodo massimo di 90 giorni.

La giornata di applicazione della gessatura / presidio immobilizzante equivalente e quella di rimozione sono conteggiate unico giorno.

La diaria viene liquidata dopo la rimozione della gessatura e dietro presentazione di copia della documentazione medica completa di indicazione della durata effettiva della gessatura.

L'indennizzo per diaria da gesso è cumulabile con quelli dovuti per morte e invalidità permanente ma non con quello relativo alle diarie da ricovero e inabilità temporanea.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

F. Trasporto/rimpatrio resti mortali

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il trasporto/rimpatrio dei resti mortali dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione o viaggio (anche all'estero) disposto dal Contraente fino al luogo di sepoltura oppure in caso di decesso avvenuto in occasione di gite, espletamento di attività fuori sede per le categorie che prevedono tale opzione.

La garanzia si intende prestata fino a concorrenza della somma indicata nella categoria assicurata.

G. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

H. Malattie contratte in servizio e per cause di servizio / Categoria assicurata " Studenti "

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

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



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

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

L'Assicurato che è venuto a contatto potenzialmente con il virus HIV, HBV o HCV, oppure che risulti essere stato in contatto con pazienti affetti da meningite batterica o tubercolosi polmonare bacillifera ("aperta") deve, entro 5 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, ovvero entro 5 giorni dalla data in cui venga avvisato dagli organi competenti in caso di malattie a trasmissione aerea, darne avviso al Broker/Società e al Contraente a mezzo telegramma, fax oppure email. Successivamente dovrà essere inoltrata al Broker/Società una descrizione dettagliata dell'evento completa dei nominativi dei soggetti presenti all'evento e di una dichiarazione del Contraente da cui risulti che l'Assicurato si trovava in servizio al momento del sinistro.

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

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

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

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

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

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

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

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

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

La garanzia si intende prestata fino alla concorrenza della somma indicata nella scheda di cui all'art. 1 della Sezione 5 che resta unica anche nel caso in cui l'Assicurato sia stato contagiato, in occasione di un unico infortunio, dal virus H.I.V. e/o epatite B e/o epatite C e/o meningite batterica e/o tubercolosi polmonare.

Art. 3 – Garanzie sempre operanti

Le garanzie di seguito indicate si intendono operanti anche se non richiamate nella specifica categoria assicurata:

A. Rischio aeronautico

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

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

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

per persona e di:

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

complessivamente per aeromobile.

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, unicamente se stipulate dalla stessa Contraente.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

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

B. Rischio guerra

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

C. Supervalutazione invalidità permanente

Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 3-A "rischio aeronautico" della presente Sezione;
2. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata salvo quanto previsto all'art 3-B, "rischio guerra" della presente Sezione;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, fatto salvo se assunti a seguito di prescrizione medica;
5. in stato di ubriachezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti se alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

6. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
7. in occasione della partecipazione a corse e gare (e relative prove) salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
8. in occasione della partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportino l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura.

Art.5 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine. L'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta non comporta deroga all'esclusione della copertura assicurativa; su richiesta della Contraente tali premi verranno restituiti dalla Società al netto delle imposte.
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo e/o tossicodipendenza.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Art. 6 – Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 40.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 7 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusions Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tale beneficio o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

SEZIONE 4 - GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà essere indirizzata al Broker o alla Società, entro 30 giorni dalla data dell'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e l'ufficio assicurazioni della Contraente ne abbia avuto notizia.

La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato e dovrà essere corredata di certificato medico.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni e deve inoltrare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici attestanti il decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

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

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute: pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) **MORTE:** l'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi.

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

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

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

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

b) **INVALIDITA' PERMANENTE:** se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale. Per le voci non previste dalla DPR 1124 e successive modificazioni e integrazioni in vigore fino al 24.7.2000 verrà applicata la tabella prevista dal Dlgs 38/2000 con rinuncia alle franchigie stabilite.

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

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

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari designati o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi legittimi.

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

c) **DIARIE:** qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero in casa di cura o l'applicazione di gessature o tutori immobilizzanti equivalenti, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera - se prevista - integralmente per il caso di ricovero o di applicazione di gessature o tutore immobilizzante e come previsto dall'apposito articolo per i casi di inabilità temporanea. Il diritto all'indennità sussiste fino al giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato.

L'indennità viene corrisposta per il periodo massimo previsto all'Art 1 della Sezione 5 della presente polizza. Le diarie sono cumulabili con le garanzie invalidità permanente e morte.

d) **SPESE MEDICHE:** la Società rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza di quanto previsto all'art. 1 della Sezione 5, le spese mediche documentate sostenute a seguito di infortunio.

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

Art. 3 – Controversie sulla definizione del danno

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

Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato.

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

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 60 giorni dalla ricezione dell'accettazione.

Gli indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

Art. 5 – Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 5 – CATEGORIE E SOMME ASSICURATE – DETERMINAZIONE DEL PREMIO E REGOLAZIONE

Art. 1 – Categorie assicurate, garanzie e capitali assicurati, franchigie

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per le garanzie e le somme assicurate specificate nelle singole categorie.

Si precisa che le somme assicurate si intendono per sinistro/persona e che il contratto non prevede l'applicazione di scoperti e franchigie.

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

CATEGORIA A - STUDENTI

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

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

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

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

- gli iscritti, in corso e fuori corso, a tutti i corsi di studio, attività didattiche e di formazione attivati dall'Università, compresi corsi annuali o di durata inferiore;
- gli studenti di altre Università italiane o straniere, quando frequentano anche se per un periodo di tempo limitato, corsi presso l'Università degli Studi di Verona;
- gli studenti a qualsiasi titolo dell'Ateneo anche quando frequentano per un periodo di tempo limitato, corsi presso l'Università italiane o straniere;
- gli studenti anche quando svolgono temporaneamente un'attività retribuita ai sensi dell'art. 13 della L 390/91 e s.m. e i. (c.d 150 ore);
- gli iscritti alle scuole di specializzazione dell'Ateneo limitatamente alle attività didattiche, accessorie e complementari effettuate come studenti specializzandi, con esclusione delle attività effettuate nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Verona o comunque rientranti nell'ambito della copertura assicurativa obbligatoria predisposta dalla stessa, a termini di legge.
- partecipanti a programmi di mobilità e scambio di studenti universitari, in ambito nazionale e internazionale (outcoming e incoming);
- studenti pre-iscritti provenienti da altri atenei (in attesa di iscrizione formale);
- studenti inseriti in programmi di doppio titolo o lauree congiunte;
- studenti iscritti ai master organizzati dall'Ateneo;
- studenti iscritti ai corsi di perfezionamento;
- studenti in formazione post laurea;
- studenti quando svolgono attività di volontariato a favore dell'Ateneo stesso, purché tali attività siano disciplinate e coordinate in via ufficiale dalle strutture dell'Ateneo a supporto di eventi organizzati dall'Ateneo, o organizzati da strutture Terze a cui l'Ateneo partecipa (a titolo esemplificativo e non limitativo assistenza a manifestazioni, fiere, convegni, accoglienza studenti ecc.);
- studenti impiegati in servizi di orientamento e tutorato ex dlgs 68/2012;
- dottorandi e dottorandi in proroga sia in veste di studenti sia durante l'attività didattica eventualmente loro assegnata



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

- tirocinanti frequentanti il tirocinio obbligatorio previsto dal piano di studi (tirocini curriculari);
- tirocinanti frequentanti il tirocinio in preparazione all'espletamento dell'esame di stato di abilitazione all'esercizio della professione;
- soggetti che, dopo il conseguimento della laurea o di altro titolo universitario, svolgono un tirocinio, promosso dall'Università in qualità di soggetto promotore (o invitante), in Italia o all'estero, presso un soggetto ospitante, sulla base di apposite convenzioni tra Ateneo e il soggetto ospitante o comunque sulla base di un progetto formativo; nella nozione di soggetto ospitante può essere incluso anche il medesimo soggetto promotore.

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

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura	Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	€ 300.000,00
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	20.000

**CATEGORIA B
ASSEGNISTI PER LA COLLABORAZIONE AD ATTIVITA' DI RICERCA (ART. 51 C. 6 L.27.12.1997 N. 449 E DM
1.02.1998) E BORSISTI DI RICERCA**

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

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

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

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

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

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura	Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	300

CATEGORIA C FREQUENTATORI

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

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

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

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

- visiting professor;
- visiting scholar;
- studiosi, esperti, cultori della materia;
- soggetti non appartenenti alla categoria studenti, ammessi alla frequenza delle attività istituzionali dell'Università comprese quelle accessorie e complementari, organizzate o promosse dall'Ateneo, anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, o strutture di terzi nelle quali si esplica l'attività assicurata (a puro titolo esemplificativo e non limitativo le sedi distaccate, i centri di studio, i campi sperimentali, scavi archeologici,



aziende terze, stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, le strutture ospedaliere, le miniere, i cantieri anche con accesso a ponteggi, aree per ricerche in quota e/o subacquee).

- conferenzieri e relatori formalmente incaricati dall'Ateneo per i quali il Dipartimento ha preventivamente autorizzato l'acquisto della copertura assicurativa;
- altri soggetti che svolgono attività didattiche per conto dell'Ateneo e per i quali è stato contrattualizzato l'obbligo di copertura assicurativa infortuni;
- laureati in medicina che frequentano le strutture sanitarie convenzionate con l'Università degli Studi di Verona per finalità formative.

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

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

Tuttavia:

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

Ai fini del conteggio del premio, l'Ateneo si obbliga a comunicare, nei termini previsti dall' Art. 4 – Pagamento del premio - decorrenza della garanzia – regolazione premio il numero dei soggetti che, nel corso del periodo assicurativo di riferimento, sono stati autorizzati a frequentare l'Ateneo. E' esclusa pertanto l'adesione facoltativa.

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura	Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	200

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

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

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

Resta in ogni caso esclusa la copertura assicurativa in caso di utilizzo di veicoli afferenti il trasporto pubblico/ privato



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

compresi i taxi e veicoli NCC (noleggio con conducente)

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

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	Non compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura	Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa
NUMERO KM PREVENTIVATO	200.000

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

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

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

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

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

GARANZIA		SOMMA ASSICURATA
Caso Morte		€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente		€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere		Non compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche		Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea		Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero		Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura		Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali		€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici		€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio		Non compresa
NUMERO PREVENTIVATO VEICOLI	1 veicolo iscritto al PRA di proprietà	
	n. 4 veicoli in uso esclusivo/leasing	
	n. 0 biciclette di proprietà dell'Ateneo	

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

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

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

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

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

La garanzia decorre:

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



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

necessario corrispondere di nuovo il premio di adesione.

La garanzia cessa:

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

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

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

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

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA
Caso Morte	€ 200.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 300.000,00
Garanzia A - Rischio in itinere	compresa
Garanzia B - Rimborso spese mediche	Non compresa
Garanzia C – Diaria per Inabilità temporanea	Non compresa
Garanzia D – Diaria da ricovero	Non compresa
Garanzia E – Diaria da gessatura	Non compresa
Garanzia F - Trasporto/rimpatrio resti mortali	€ 5.000,00
Garanzia G - Danni estetici	€ 2.000,00
Garanzia H - Malattie contratte in servizio e per cause di servizio	Non compresa
NUMERO ASSICURATI PREVENTIVATO	100

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

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sottoriportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi della Sezione 2 art. 4 "Pagamento del premio – operatività della garanzia - regolazione premio" della presente polizza.

Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati, per ogni categoria, all'art.1 della presente Sezione il conteggio della regolazione del premio verrà effettuato come segue:

- per le categorie assicurate sulla base del numero degli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. dei soggetti che sono stati assicurati nel periodo assicurativo di riferimento indipendentemente dalla durata effettiva della copertura;
- per le categorie assicurate sulla base del numero dei veicoli assicurati, in sede di regolazione premio dovrà essere comunicato il n. dei veicoli assicurati con l'indicazione della rispettiva data di inclusione/esclusione (se acquisiti/alienati in corso d'anno) e il premio verrà regolato sul periodo effettivo di copertura in ragione di 1/365 giorni di presenza.
- per le categorie assicurate sulla base del numero di giornate presenza e del numero di chilometri in sede di



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

regolazione premio dovrà essere comunicato il numero delle giornate presenza effettuate e il numero dei chilometri percorsi nel periodo di riferimento.

CATEGORIA	TIPOLOGIA DATO VARIABILE	DATI PREVENTIVATI	PREMIO PROCAPITE/ PER KM IMPOSTE INCLUSE	TOTALE PREMIO (€) IMPOSTE INCLUSE
A - STUDENTI	N. ASSICURATI	20.000	7	140.000,00
B - ASSEGNISTI E BORSISTI	N. ASSICURATI	300	10	3.000,00
C - FREQUENTATORI	N. ASSICURATI	200	10	2.000,00
D -UTILIZZATORI AUTORIZZATI VEICOLI PRIVATI	N. CHILOMETRI	200.000	0,005	1.000,00
E - UTILIZZATORI AUTORIZZATI VEICOLI DELLA CONTRAENTE	N. VEICOLI	5	15	75,00
F- ADESIONI FACOLTATIVE PERSONALE DI ATENEO	N. ASSICURATI	100	18	1.800,00
TOTALE				147.875,00

Scomposizione del premio

Premio annuo imponibile	€	144.268,29.=
Imposte	€	3.606,71.=
TOTALE	€	147.875,00.=

Art.3 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

La Società

La Contraente

Clausole vessatorie

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le seguenti clausole:

Sezione 2 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Sezione 2 Art. 2 Assicurazione presso diversi assicuratori

Sezione 2 Art. 3 Durata del contratto

Sezione 2 Art. 4 Pagamento del premio – decorrenza della garanzia – regolazione del premio

Sezione 2 Art. 5 Aggravamento del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto

Sezione 2 Art. 6 Disciplina dei casi di recesso dall'assicurazione

Sezione 2 Art. 10 Foro competente

Sezione 2 Art. 15 Estensione territoriale



ridefiniamo / gli standard

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI VERONA – POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA N 404984200

Sezione 2 Art. 19 Coassicurazione e delega

Sezione 3 Art. 4 Esclusioni

Sezione 3 Art. 7 Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Sezione 4 Art. 3 Controversie sulla definizione del danno

E' facoltà della Società estendere l'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del C.C. che, a tal fine, dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali.

La Società
