

CAPITOLATO SPECIALE

COPERTURA ASSICURATIVA CONTRO I DANNI DA INFORTUNI DI VARI SOGGETTI

La presente polizza è stipulata tra

Università della Valle d'Aosta – Université de la Vallée d'Aoste

Strada Cappuccini 2

11100 Aosta (AO)

e

società

Durata del contratto

Dalle ore 24 del 31.12.2021

alle ore 24 del 31.12.2024

con scadenza dei periodi di assicurazione successivi al primo fissati 31.12.2022
alle ore 24 del

Rateazione Annuale

SEZIONE 1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione sottoscritto dalle parti.
BENEFICIARIO	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
BROKER/INTERMEDIARIO	L'impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
CONTRAENTE	Il soggetto, Ente/Amministrazione, che stipula l'assicurazione.
FRANCHIGIA	L'importo fisso di danno indennizzabile o risarcibile che rimane a carico dell'assicurato.
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 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 diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'assicurato.
ISTITUTO DI CURA	Ogni ospedale, clinica o case di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e delle competenti autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.
POLIZZA	Il documento che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta dal contraente alla società.
RICOVERO	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
RISCHIO	La probabilità che si verifichi il sinistro
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETÀ	L'impresa di assicurazione, nonché le eventuali società coassicuratrici.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

1. DURATA DEL CONTRATTO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

È facoltà del contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 120 giorni. La società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 giorni dall'inizio della proroga. I limiti d'indennizzo, scoperti, franchigie ed eventuali altre limitazioni annuali, potranno essere proporzionalmente riparametrate in base alla durata della proroga previo accordi fra le parti intercorsi al momento della richiesta di proroga.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13, D.L. 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

2. RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza ad ogni scadenza anniversaria, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 120 giorni prima di ogni scadenza annuale.

3. PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Il contraente pagherà all'intermediario incaricato:

- entro 60 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 60 giorni da ciascuna successiva data di scadenza, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- entro 60 giorni dalla data di emissione delle appendici, l'importo conteggiato nelle medesime.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite.

4. TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

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

5. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Qualunque modifica del contratto non è valida se non risulta da apposita appendice sottoscritta dalle parti.

6. VARIAZIONE DEL RISCHIO

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

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal contraente alla società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Si precisa peraltro che non costituiscono aggravamento di rischio e, pertanto, a tal fine, il contraente e/o l'assicurato è esonerato dal darne avviso alla società, l'assicurazione di nuovi complessi o beni immobili e relativi contenuti, le costruzioni, demolizioni, modificazioni, trasformazioni anche negli eventuali processi di lavorazione, ampliamenti, aggiunte e manutenzioni ai beni immobili e beni mobili, purché non venga modificata la natura del rischio.

Nel caso di diminuzione del rischio, la società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del contraente ai sensi dell'art. 1897 codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

7. REVISIONE DEL PREZZO

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'articolo VARIAZIONI DI RISCHIO, la società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previsti all'art. VARIAZIONE DEL RISCHIO e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016, la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.

Il contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

In caso di disaccordo, si applica quanto previsto al successivo art. RECESSO.

8. RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la società può recedere dal contratto di assicurazione.

Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla società ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta del contraente.

Qualora alla data di effetto del recesso il contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 90 giorni. Il contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

9. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1 del codice civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al contraente nei 90 giorni successivi al

giorno in cui la società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

10. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

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

11. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

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

La società provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza, fermo il diritto al recupero dagli altri assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del codice civile.

12. TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA – ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

Le azioni, le ragioni e i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal contraente e dalla società. Spetta in particolare al contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

13. GESTIONE DELLA POLIZZA

Il contraente dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla società Aon S.p.A. con sede legale in Milano, Via Calindri n. 6 in qualità di broker, ai sensi del D.Lgs. n. 209/2005 e ss.mm.ii.

Il contraente e la società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del broker incaricato.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la società dà atto che ogni comunicazione fatta dal contraente/assicurato al broker si intenderà come fatta alla società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal broker alla società si intenderà come fatta dal contraente/assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno gli assicuratori solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del regolamento IVASS n. 05/2006 e ss. mm. ii., il broker è autorizzato ad incassare i premi. La società, pertanto, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto dal contraente tramite il broker sopra designato; resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 codice civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del broker è a carico della società nella misura pari al 10% sul premio imponibile. tale remunerazione

sarà trattenuta all'atto del pagamento del premio, effettuato dallo stesso broker, alla società.

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

14. GESTIONE DEL CONTRATTO IN PRESENZA DI CORRISPONDENTE/COVERHOLDER

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

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

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

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

15. ISPEZIONE DELLE COSE ASSICURATE

La società ha sempre il diritto di visitare le cose assicurate e il contraente ha l'obbligo di fornirle tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni.

16. ONERI FISCALI

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

17. FORO COMPETENTE

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

18. VALIDITÀ TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida in tutto il mondo.

19. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari.

20. TRATTAMENTO DEI DATI

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

21. COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato.

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

Con la sottoscrizione della presente polizza, le società coassicuratrici danno mandato alla società delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro.

Pertanto la firma apposta dalla società delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

22. LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI EMBARCHI E SANZIONI

In ogni caso gli assicuratori non forniranno copertura assicurativa e non saranno tenuti a pagare alcun indennizzo né comunque alcuna somma in base alla presente assicurazione nei casi in cui tale copertura o pagamento possa esporre gli assicuratori o qualsiasi suo dipendente o collaboratore a sanzioni, o possa comportare violazione di divieti o restrizioni, secondo quanto previsto da risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi e sanzioni economiche o commerciali, o da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

23. DENUNCIA DEI SINISTRI – OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

La denuncia del sinistro sarà effettuata per iscritto alla società, tramite l'Intermediario, entro 30 giorni lavorativi dall'evento o da quando il contraente ne sia venuto a conoscenza e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento e sarà corredata delle relative certificazioni mediche.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla società. Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

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

24. ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO E DELLE PERDITE

Il contraente o l'assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno e/o delle perdite, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce ed i residui del sinistro, o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

25. MODALITÀ PER LA DETERMINAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla società e dal beneficiario dell'assicurazione. A tal fine la società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora il beneficiario dell'assicurazione non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita a un collegio di tre periti nominati uno dalla società assicuratrice, uno dal beneficiario e il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede il contraente. I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza. La loro decisione sarà impegnativa per le parti e inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio perito e metà di quelle del terzo.

26. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Non si applica.

27. LIQUIDAZIONE DEL DANNO

La società procederà alla liquidazione del danno come di seguito riportato.

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

Per gli assicurati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente

dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, considerando agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

MORTE

In caso di sinistro mortale, sempre che il decesso si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'evento, verrà liquidato ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato, per questo caso, alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

MORTE PRESUNTA

In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo indicato per il caso morte verrà liquidato dopo che siano trascorsi 6 mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 del codice civile, e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di evento assicurato. Rimane altresì inteso che qualora la società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata e, a restituzione avvenuta, l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di eventuale invalidità permanente.

INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di sinistro che abbia per conseguenza un'invalidità permanente, sempre che essa si manifesti entro 2 anni dal giorno del sinistro, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base:

- della TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE - INDUSTRIA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- della TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELLA ACUTEZZA VISIVA (allegato 1 al D.P.R. 1124/1965);
- dei criteri di valutazione stabiliti dall'art. 78 del D.P.R. 1124/1965.

La società rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla normativa sopra richiamata.

Inoltre:

- qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) e il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente e il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento;
- qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica o attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%;
- Il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%;

b) determinando e liquidando l'indennità nella misura pari:

- al capitale assicurato per questo caso alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente totale, intendendo per ciò la perdita della capacità generica ad attendere a un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione;

- all'importo ottenuto applicando il grado di invalidità accertato al capitale spettante per il caso di invalidità permanente, qualora l'evento abbia per conseguenza una invalidità permanente parziale, intendendo per ciò la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo.

Si conviene, inoltre, che:

- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è equiparata alla perdita anatomica dello stesso;
- in caso di mancinismo le percentuali d'invalidità previste per l'arto destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% sarà liquidata l'indennità pari all'intero capitale assicurato.

La società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente e l'assicurato sia deceduto entro 2 anni dall'evento, e in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

La percentuale di invalidità permanente accertata con le modalità previste nel presente contratto, sarà liquidata con l'applicazione di una franchigia relativa del 3%. Pertanto, nel caso di invalidità permanente inferiore o uguale al 3% non verrà liquidato alcun indennizzo, nel caso di invalidità permanente superiore al 3% verrà liquidata integralmente la percentuale di invalidità permanente accertata, senza applicazione di alcuna franchigia.

SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'assicurato, fino alla concorrenza dell'importo convenuto, le spese sostenute. Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, e simile documentazione. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'assicurato.

28. OBBLIGO DI FORNIRE I DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La società si impegna a fornire al contraente, entro i 30 giorni lavorativi successivi ad ogni scadenza annuale, il dettaglio dei sinistri così impostato:

- sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso)
- sinistri riservati, con indicazione dell'importo a riserva;
- sinistri liquidati, con indicazione dell'importo liquidato;
- sinistri respinti e chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

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

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. La società, in tal caso, si impegna a fornire al contraente il dettaglio dei sinistri entro i 15 giorni lavorativi successivi a ogni richiesta. In particolare, nel caso in cui la società esercitasse la facoltà di recesso anticipato annuale, la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla società entro e non oltre 15 giorni lavorativi dalla data in cui la disdetta è stata inviata.

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

29. MODALITÀ PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

La società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 45 giorni dal ricevimento di tali documenti. Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20%, la società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 45 giorni dal ricevimento, da parte della società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

30. RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

La società esonera il contraente e gli assicurati dalla preventiva denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

La società, altresì, esonera il contraente e gli assicurati, dall'obbligo di comunicare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

31. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dalle persone appartenenti alle categorie indicate in polizza, salvo quelle di cui al punto 1 art.32 - Studenti, occorsi durante eventuali spostamenti, anche in occasione di trasferte o per adempimenti di servizio, effettuati con qualsiasi mezzo, pubblico e/o privato. Per le persone appartenenti alla categoria di cui al punto 1 art. 32 – Studenti, l'assicurazione vale per gli infortuni durante eventuali spostamenti, effettuati con qualsiasi mezzo, pubblico e/o privato, purchè debitamente autorizzati.

La garanzia deve valere altresì, per le persone appartenenti alla categoria di cui al punto 1 art. 32 – Studenti, durante i viaggi di istruzione, purchè debitamente autorizzate dai competenti organi dell'Ateneo.

32. SOGGETTI ASSICURATI

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

1. Studenti, regolarmente iscritti ai corsi di laurea, laurea magistrale, specializzazione, dottorato, master ed altri corsi di studio istituiti dall'Ateneo ai sensi del Regolamento didattico, nonché i laureati e/o diplomati dell'Università che svolgono attività di stage/tirocinio ai sensi dell'Art. 18 della Legge n. 196/97 (c.d. Legge Treu) e del D.M. n. 142/98 e in base alle "Linee guida in materia di tirocini formativi e di orientamento" di cui all'Accordo tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24 gennaio 2013 e del 25 maggio 2017, finalizzato a fornire un quadro di riferimento nazionale per l'esercizio da parte delle Regioni e Province autonome delle potestà legislative ed amministrative spettanti;
2. Membri del Consiglio dell'Università, del Senato accademico e del nucleo di valutazione di Ateneo non in rapporto di dipendenza con il contraente;
3. Docenti di ruolo;
4. Professori a contratto;
5. Dipendenti;
6. Collaborazione non dipendenti;
7. Cultori della materia, borsisti, assegnisti di ricerca e dottorandi;
8. Dirigenti.

Il contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità degli assicurati. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze dei registri tenuti in regola dal contraente o ad altri documenti probatori depositati presso lo stesso.

33. ESTENSIONI DELLA COPERTURA

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

- imperizia, imprudenza e negligenze anche gravi;

- malore e incoscienza purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili, assorbite per scopi non terapeutici;
- annegamento, asfissia, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamento o intossicazione da ingestione o assorbimento subitaneo di sostanze nocive;
- sforzi muscolari (compresa l'ernia, se traumatica, ma esclusi gli infarti) e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- folgorazione o scariche elettriche in genere, colpi di sole o di calore, assideramento o congelamento;
- punture vegetali, morsi e punture di animali, escluse le malattie delle quali gli insetti siano portatori necessari;
- malattie tropicali – contemplate nel R.D. 281/1938 s.m.i. – da cui gli assicurati fossero colpiti;
- legittima difesa, dovere di solidarietà umana, tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici compiuti tramite armi e/o ordigni di tipo convenzionale, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente. È definito atto di terrorismo una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta a influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico o religioso o ideologico o etnico. L'assicurazione è operante anche per gli infortuni subiti dagli assicurati in seguito ad aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale, anche fuori dall'orario di lavoro e/o fuori dai luoghi di svolgimento di mandati o di incarichi, sempre che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- eventi catastrofali compresi terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche altre cure rese necessarie da infortunio;
- diabete non conosciuto fino al momento dell'evento.

Sono altresì considerati infortuni:

- le lesioni tendinee sottocutanee;
- le infezioni derivanti in forma diretta ed esclusiva da infortuni;
- le lesioni da contatto con sostanze corrosive e le ustioni;
- i danni estetici conseguenti ad infortunio

L'assicurazione vale anche per:

- gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché non alla guida di autoveicoli;
- gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- 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.

L'assicurazione comprende inoltre gli stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace.

34. RISCHIO AERONAUTICO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi aerei da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli, elicotteri e aeromobili gestiti da chiunque eserciti, tranne che:

- su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub.

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

per persona

- € 1.033.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- € 1.033.000,00 per il caso morte;

per aeromobile, nel caso di assicurazioni di più persone

- € 5.200.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;
- € 5.200.000,00 per il caso morte;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferitisi a eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dallo stesso Contraente.

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

35. SERVIZIO MILITARE – SERVIZIO CIVILE

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze del contraente, l'assicurazione resta valida in tempo di pace durante il servizio civile. L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

36. RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per cure mediche s'intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici, medico-legali ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'istituto di cura (ospedale o clinica) o ambulatorio e ritorno a casa;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie;
- spese sostenute per ticket;
- spese per carrozzelle ortopediche.

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

La garanzia è prestata senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

37. RESPONSABILITÀ DEL CONTRAENTE

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari - o soltanto qualcuno di essi - non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta indennità viene accantonata nella sua totalità, per essere computata nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano all'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene pagata agli stessi sotto deduzione, a favore del contraente, delle spese di causa sostenute da quest'ultima.

38. DANNO ESTETICO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, a parziale deroga di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, la società rimborsa sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, le spese effettivamente sostenute per cure e applicazioni, nonché per interventi di chirurgia plastica, effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, purché sostenute entro due anni dal giorno dell'infortunio e non oltre un anno dalla scadenza del contratto.

Per danno estetico si intende la deturpazione obiettivamente constatabile.

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

39. RIMBORSO SPESE PER L'ACQUISTO DI LENTI

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza – sebbene l'infortunio non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente - a integrazione di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, la Società rimborsa agli Assicurati le spese sostenute, rese necessarie da danno oculare che sia conseguenza diretta dell'infortunio (compresi soggetti già portatori) per l'acquisto di lenti (comprese quelle a contatto), sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, sempreché la relativa spesa venga sostenuta entro 1(uno) anno dal giorno dell'infortunio. I costi relativi alla montatura sono esclusi dalla presente garanzia.

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

40. RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza – sebbene l'infortunio non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente - a integrazione di quanto stabilito all'articolo RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO, riguardante le protesi dentarie, è convenuto che il rimborso è riconosciuto limitatamente alla prima protesi, sino alla concorrenza del limite d'indennizzo – per persona –riportato alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO, purché la protesi venga applicata entro 1 (uno) anno dal giorno dell'infortunio.

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

41. RIENTRO SANITARIO

Qualora le condizioni dell'assicurato a seguito di infortunio rendano necessario il suo trasporto in ospedale in Italia o alla sua residenza, la società provvede al riguardo col mezzo di trasporto ritenuto più idoneo alle condizioni del paziente (aereo sanitario, aereo di linea di classe economica eventualmente in barella, il treno di prima classe e, occorrendo, il vagone letto), sino alla concorrenza del limite di indennizzo – per persona – riportato alla sezione SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO.

Sono altresì comprese l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se necessarie.

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

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

43. COSTITUZIONE DEL PREMIO

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

Laddove possibile, il premio di regolazione sarà calcolato in proporzione all'effettiva permanenza in rischio del soggetto assicurato (numero di giornate presenza).

Agli effetti assicurativi per retribuzione s'intende tutto quanto, al netto degli oneri previdenziali, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, le partecipazioni agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corrisposizioni in natura.

Per gli amministratori è equiparata alla retribuzione lorda annua l'emolumento percepito annualmente.

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

Il contraente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso del contraente. Qualora il contraente abbia in buona fede fornito dichiarazioni inesatte sul numero degli assicurati, la società riconoscerà la piena validità del contratto fermo il suo diritto a richiedere la quota di maggior premio non percepita.

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

44. LIMITE DI ETÀ

Per le persone assicurate che raggiungano gli 75 anni di età in corso di contratto, la garanzia vale fino alla naturale scadenza contrattuale. L'assicurazione è operante anche per le persone di età superiore a 75 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% in deroga a ogni diversa previsione delle norme che regolano l'assicurazione.

45. LIMITE DI INDENNIZZO

Resta convenuto che, in caso di sinistro - o serie di infortuni che siano causati, riconducibili o conseguenti alla stessa causa, evento o circostanza - che colpisca più assicurati l'esborso a carico della società non potrà superare la somma complessiva di € 10.000.000,00. La somma complessiva che precede si intende unica per tutti i certificati della presente polizza e per tutte le polizze stipulate dal contraente - o per il suo tramite in qualità di associato ad una Cassa di Assistenza - con la società per il rischio infortuni. Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la società procederà alla loro riduzione proporzionale. La riduzione conseguente al limite che precede verrà effettuata

proporzionalmente alla somma assicurata per ogni persona.

46. RISCHIO IN ITINERE

La presente garanzia è prestata, per gli Studenti (soggetti assicurati di cui al punto 1 art. 32), anche per il rischio in itinere, ossia per gli infortuni che dovessero colpire gli assicurati durante il tragitto dal luogo di studio (es. Dipartimenti/Biblioteche/Aule/Luoghi diversi ecc....) ad altro luogo di svolgimento di attività istituzionali (es. Aziende, Enti Pubblici/Privati, Cantieri ecc) e viceversa; da un luogo di svolgimento di attività istituzionali a un altro luogo di svolgimento di attività istituzionali e viceversa (in caso di attività in più sedi) e da un luogo di studio a un altro luogo di studio e viceversa, purchè tali infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con mezzi di locomozione (privati o pubblici) prima o dopo l'orario di inizio e cessazione delle attività.

Per tutti gli altri soggetti assicurati la presente garanzia è prestata per gli infortuni sofferti dagli assicurati durante il tempo necessario a percorrere l'itinerario per via ordinaria dalla propria abitazione al luogo di lavoro e viceversa, a piedi o con uso o guida dei mezzi di locomozione o trasporto in genere.

47. PERSONE ESCLUSE DALL'ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi di una delle predette condizioni.

48. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti:

- in conseguenza di azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato;
- in conseguenza di guerra od insurrezione, a eccezione di quanto previsto al precedente art. ESTENSIONI DELLA COPERTURA;
- in conseguenza di trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- in conseguenza della guida di mezzi di locomozione aerei, guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- in conseguenza della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- in conseguenza 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;
- in conseguenza della pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo.

Non sono compresi in garanzia gli infortuni derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'assicurato abbia partecipato in modo volontario.

SEZIONE V - SOMME ASSICURATE E COSTITUZIONE DEL PREMIO

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

STUDENTI RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 200.000,00
Rimborso spese mediche	€ 2.500,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

MEMBRI DEL CONSIGLIO DELL'UNIVERSITA', DEL SENATO ACCADEMICO E DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DI ATENEI NON IN RAPPORTO DI DIPENDENZA CON IL CONTRAENTE RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

DOCENTI DI RUOLO RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

PROFESSORI A CONTRATTO RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

DIPENDENTI RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

COLLABORATORI NON DIPENDENTI RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

CULTORI DELLA MATERIA, BORSISTI, ASSEGNISTI DI RICERCA E DOTTORANDI RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 100.000
Invalità permanente	€ 100.000
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

DIRIGENTI	
RISCHI E SOMME ASSICURATE PER CIASCUN SOGGETTO	
Morte	€ 200.000,00
Invalità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche	€ 3.000,00 per persona
Rimborso spese per l'acquisto di lenti	€ 1.000,00 per persona
Rimborso spese odontoiatriche	€ 1.000,00 per persona
Danno estetico	€ 3.000,00 per persona
Rimpatrio salma	€ 2.500 per persona
Rientro sanitario	€ 2.500 per persona

Partite	Elemento variabile a preventivo	Premio lordo unitario Tasso di premio	Premio lordo annuo
Studenti	N. persone: 910	Premio per persona:	
Membri del consiglio dell'Università, del senato accademico e del nucleo di valutazione di ateneo non in rapporto di dipendenza con il contraente	N. persone: 15	Premio per persona:	
Docenti di ruolo	N. persone: 48	Premio per persona:	
Professori a contratto	N. persone: 84	Premio per persona:	
Dipendenti	N. persone: 59	Premio per persona:	
Collaboratori non dipendenti	N. persone: 21	Premio per persona:	
Cultori della materia, borsisti, assegnisti di ricerca e dottorandi	N. persone: 85	Premio per persona:	
Dirigenti	N. persone: 5	Premio per persona:	
PREMIO ANNUO LORDO TOTALE			