

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA
VIA DELL'UNIVERSITA' 4
41121 MODENA
CF/P.IVA 00427620364
CIG

e

Società Assicuratrice

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31.03.2022
Alle ore 24.00 del:	31.03.2027

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24:00 di ogni	31.03
-------------------------------	--------------

**SEZIONE I
DEFINIZIONI**

Art.1 – Definizioni

Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di Polizza.
Assicurato:	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione. Si ritiene coperto da polizza tutto il personale in distacco, comando, o altre forme di convenzione, nonché il personale delle società partecipate.
Atti di terrorismo	Una qualsiasi azione violenta fatta con il supporto dell'organizzazione di uno o più gruppi di persone (anche se realizzata da una persona singola) diretta ad influenzare qualsiasi governo e/o terrorizzare l'intera popolazione o una parte importante di essa, allo scopo di raggiungere un fine politico, o religioso, o ideologico o etnico.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	La Società incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuta dalla Società.
Comunicazione	Per comunicazioni alla Società o al Broker si intendono tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni in merito al contenuto del presente contratto e, per quanto da esso non regolato, effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati telex, telegrammi, PEC, telefax, e-mail o altri mezzi documentabili. Resta inteso che avrà valore la data di invio risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione, ovvero l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Ente:	L'Amministrazione Universitaria
Franchigia	La parte di danno espressa in misura fissa che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.
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 e/o un ricovero e/o un rimborso spese
Ingessatura	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate od altri apparecchi comunque immobilizzanti, compresi tutori preconfezionati, purché applicati e rimossi in Istituto di cura.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	L'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di

	eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.
Limite di risarcimento	La massima esposizione economica della Società in caso sinistro che coinvolga più persone assicurate.
Malattia	Ogni alterazione a carattere evolutivo dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale/Somma/capitale per sinistro	La massima esposizione economica della Società per sinistro.
Morte presunta	Il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata
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 in itinere	I trasferimenti, effettuati con qualsiasi mezzo di locomozione, oppure a piedi, dall'Assicurato, tra la propria abitazione, anche se occasionale, ed il normale luogo di lavoro e/o abituale destinazione, sia all'andata che al ritorno, oppure qualsiasi altro luogo ove l'Assicurato si rechi a svolgere la propria mansione e/o occupazione assicurata e/o attività. La garanzia si intende operante anche durante le operazioni di salita e discesa dai mezzi di trasporto, nonché, nei termini di cui sopra, durante il tragitto da e per qualsiasi luogo in cui l'Assicurato si debba recare e/o si sia recato in virtù del proprio stato di "reperibilità" professionale.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto:	La parte di danno espressa in misura percentuale che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sforzo	L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esulano per intensità dalle ordinarie abitudini di vita dell'Assicurato
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Veicoli	Veicoli in genere, compresi biciclette, anche a pedalata assistita, velocipedi (si intendono esclusi i monopattini).

Art.2 – Identificazione degli Assicurati

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 6 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

La garanzia è inoltre operante per i dirigenti ed i dipendenti del contraente che, in attuazione delle disposizioni di legge, contrattuali e di regolamento, possano essere utilizzati (in comando, distacco o assegnazione temporanea, ecc.), a tempo pieno o parziale, presso altre pubbliche amministrazioni quando ragioni organizzative dell'Ente lo richiedano, nell'ambito di accordi di collaborazione tra singoli Enti o gestioni associate.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

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

Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in euro (€).

SEZIONE II CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella *SCHEDE 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 6 mesi. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE*, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata una o più volte nell'ambito di tale periodo, con il massimo comunque di 6 mesi. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Ai sensi dell'art. 35 del D.Lgs 50/2016 ss.mm. e ii., il Contraente si riserva la facoltà di rinnovare il contratto per una durata di anni 1, alle medesime condizioni normative ed economiche, previo benestare della Compagnia e adozione di apposito atto del Contraente.

La disposizione di proroga tecnica e/o rinnovo non è operante nel caso in cui la Società si sia avvalsa della facoltà di recesso anticipato annuale prevista all'art.2 della presente sezione.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012 ss.mm.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 a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alle parti la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza assicurativa annuale intermedia, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno 6 mesi prima di ogni predetta scadenza.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

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

Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- ✓ entro 90 giorni dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- ✓ entro 90 giorni da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- ✓ entro 90 giorni dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Il premio annuale è interamente dovuto ancorché sia stato pattuito il frazionamento semestrale.

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

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. la Società da atto che l'assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M.E.F. 40/2008 ss.mm.ii., e della circolare del medesimo dicastero del 29/07/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto.

Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del D.P.R. 602/1973 ss.mm.ii. costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

L'assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso dei requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata, previa comunicazione del Broker alla Società.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 ss.mm. 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 dell'art. 3, comma 8, della L. 136/2010 ss.mm. ii.

ART.5 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione 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; per quanto riguarda i veicoli non a motore, viene convenzionalmente escluso il parametro per l'imputazione del premio in quanto marginale. Il Contraente è pertanto esonerato dall'obbligo di comunicare le variazioni intervenute nel corso di ogni annualità assicurativa, e pertanto ogni persona rientrante in ogni categoria assicurata deve ritenersi in garanzia a tutti gli effetti.

A tale scopo entro 4 mesi dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

In caso di regolazione attiva il Contraente dovrà versare il relativo premio di conguaglio nei termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO-DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di ricevimento da parte del Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

In caso di regolazione passiva la Compagnia dovrà rimborsare il relativo premio netto di conguaglio non oltre i termini previsti all'articolo *PAGAMENTO DEL PREMIO E DELLE APPENDICI CON INCASSO PREMIO-DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE* che decorreranno dal giorno successivo a quello di invio al Contraente della corretta appendice di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 1 mese dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la Società avrà diritto di agire giudizialmente.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 1 mese trascorso il quale, avrà diritto di agire giudizialmente.

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

ART. 6 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno, a far tempo dalla data dell'intervenuta modifica, la risoluzione di diritto del contratto e la restituzione al Contraente del premio pagato e non goduto, al netto delle imposte di legge. Nel caso di diminuzione del rischio,

la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso previsto dal citato art. 1897; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 7 REVISIONE DEL PREZZO

- a) Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO*, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo *DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO* e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs.50/2016 ss.mm.ii., la revisione del premio o delle condizioni contrattuali.
- b) Il Contraente, entro 30 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 articolo *RECESSO*.

ART. 8 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo *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 punto a) dell'articolo *REVISIONE DEL PREZZO* presentata dalla Società ovvero, nei casi di cui al punto b) 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.

ART. 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 articoli *REVISIONE DEL PREZZO* e *RECESSO* e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo *REVISIONE DEL PREZZO* dalla ricezione della citata dichiarazione.

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

ART. 10 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO

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

ART. 11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La polizza e le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 12 ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza/stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri.

Fermi restando i massimali e limiti di polizza, qualora il rischio oggetto della presente assicurazione risulti garantito in tutto o in parte anche da altri assicuratori, essa sarà operante solo a esaurimento dei massimali previsti dalle altre assicurazioni, nonché per la parte di rischio non coperta dalle medesime.

ART. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione della presente polizza alla Società Aon S.p.A., iscritta alla Sezione B, di cui al Registro Unico degli Intermediari, ai sensi dell'art. 109, D. Lgs. 209/2005 e ss.mm.ii..

Il Contraente, l'assicurato 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, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come

fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Nelle more degli adempimenti previsti dalla normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ss.mm.ii. e all'art. 55 del regolamento IVASS 05/2006 ss.mm.ii., il Broker è autorizzato a 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 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

La remunerazione del Broker è a carico della Società ed è parte dell'aliquota pari al 8% sul premio imponibile, riconosciuta dalla Società alla propria rete di vendita diretta; non potrà quindi, in ogni caso, rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente. 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.

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 nella *SCHEDA DI POLIZZA*, e di cui all'articolo precedente, il quale si avvale per il piazzamento del Corrispondente/ Coverholder indicato nella *SCHEDA DI POLIZZA*. Pertanto:

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

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

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

ART. 14 ONERI FISCALI

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

ART. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata). La comunicazione di disdetta o recesso deve essere effettuata mediante raccomandata o PEC direttamente dalla Società al Contraente, e viceversa, mettendo in copia conoscenza il Broker.

ART. 16 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

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

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

ART. 17 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.

ART. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti.

ART. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

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

ART. 20 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, ferma restando la responsabilità solidale in capo ad ogni coassicuratore. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

SEZIONE III RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati, come individuati in polizza, subiscono nell'esercizio, svolgimento di tutte le attività istituzionali del Contraente, correlate ai compiti istituzionali attribuiti all'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia dal proprio Statuto, regolamenti e/o dalle Leggi e/o altro, sia durante la loro permanenza nei locali e negli edifici dell'Ateneo o in qualsiasi altro luogo, anche estraneo all'Università, sia in Italia che all'Estero, come, a titolo esemplificativo ma non limitativo, stabilimenti, laboratori industriali o di ricerca, sedi di altre Università ed Istituti di Ricerca e simili, in cui i soggetti di cui sopra abbiano a trovarsi per ragioni di studio, visite ed esperimenti, attività complementari ed accessorie. È compreso anche il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, della presente Sezione purché richiamate per le singole categorie di Assicurati alla Sezione 6.

Si ritengono invece automaticamente prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione, salvo quanto previsto per le garanzie acquistabili "facoltativamente" dagli assicurati e richiamate alla Sezione VI.. E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio. Gli indennizzi ed i relativi limiti si intendono per Assicurato e per sinistro, salvo ove diversamente specificato.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
- contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, aracnidi, nonché ustioni, punture di insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi;
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- 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 sofferti e/o derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione a squadre antincendio e protezione civile;
- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);

- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di trasporto, veicolo e natante, per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione abbia comprovato carattere terapeutico, ma con esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- la "morte presunta".

Art.2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche (valida ove richiamata)

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6 e per sinistro, il rimborso delle spese per: onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio. Spese per acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, rese necessarie a seguito di infortunio o danno oculare.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art.3 – Diaria di ricovero (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, con il limite massimo di gg 365, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art.4 – Diaria di gessatura (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutori immobilizzanti equivalenti, l'indennità giornaliera per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente, fino ad un massimo di gg 60.

Qualora l'infortunio non comporti ingessatura, verrà corrisposta a titolo di convalescenza l'indennità giornaliera pattuita, per un periodo non superiore a gg.60. La convalescenza deve essere prescritta dai medici curanti e/o dai medici del Pronto Soccorso e documentata con certificazione. La diaria da ingessatura non è cumulabile con la diaria da ricovero.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea (valida ove richiamata)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dalle 24:00 del giorno dell'infortunio fino alle 24:00 dell'ultimo giorno di inabilità.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art. 6 – Malattie contratte in servizio e per cause di servizio (operante per la categoria dei Volontari)

L'assicurazione viene estesa ai sensi delle Leggi in vigore anche alle malattie contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente. L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti al massimo entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso.

Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Sono escluse dalla garanzia anche le malattie derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

Non si darà luogo ad indennizzo per l'invalidità permanente, causata da malattia contratta in servizio e per cause di servizio, quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art.7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di € 3.000,00 =, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo autoambulanza.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.8 – Rientro sanitario

La Società rimborsa, fino al limite di €. 3.000,00=, le spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in istituto di cura attrezzato in Italia.

La presente garanzia vale altresì per le spese sostenute dall'Assicurato conseguenti a malattia contratta per ragioni di servizio solo nel caso venga contemporaneamente attivata la garanzia "Malattie contratte in servizio e per cause di servizio" di cui all'art. 6 della presente Sezione.

Art.9 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La Società rimborsa, fino al limite di €. 3.000,00= per Assicurato, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura.

Art.10 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, 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, il tutto entro il limite di € 15.000,00= per evento.

Art.11 – 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, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs. 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:

- € 2.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 2.000.000,00= per il caso morte
- € 500,00= al giorno per inabilità temporanea

per persona e di:

- € 7.000.000,00= per il caso di invalidità permanente
- € 7.000.000,00= per il caso di morte
- € 10.000,00= al giorno per 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 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 ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

Art.12 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali volontari del servizio civile.

Art.13 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, 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 non dichiarata), 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.

Art.14 – Responsabilità civile del Contraente

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi della norma "Rischio aeronautico".

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art.15 – Ernie e lesioni da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo.

Per le ernie operabili viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Per le ernie non operabili, l'indennizzo viene computato in base alla tabella INAIL precedentemente indicata, fermo restando un limite massimo di risarcimento pari al 10% della somma assicurata per la Invalidità Permanente.

Premesso che l'Ateneo intende valutare per quanto di proprio interesse nonché permettere ai soggetti appartenenti alle categorie assicurande di valutare individualmente la possibilità di estendere la copertura, con attivazione facoltativa, ai rischi di seguito indicati, si richiede obbligatoriamente di indicare il premio annuo lordo aggiuntiva per: categoria/persona/rischio nei termini di cui alla Scheda di offerta economica.

Art. 16 – Contagio accidentale da Virus HIV, Epatite B e C

(GARANZIA ACQUISTABILE FACOLTATIVAMENTE - MA ABBINATA ALLA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 17 - DIETRO CORRESPONSIONE DEL PREMIO PER PERSONA E CATEGORIA INDICATO IN POLIZZA)

L'assicurazione copre il caso di contagio da virus HIV e/o epatite B e/o C, esclusivamente avvenuto durante lo svolgimento delle attività assicurate dalla presente polizza in conseguenza di:

- a) puntura o ferita occasionale da oggetto infettato da virus;
- b) aggressioni subite dall'assicurato;
- c) trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza;
- d) contagio avvenuto in situazioni di soccorso a soggetti assicurati già portatori del virus HIV e/o epatite B e C.

La Società liquiderà la somma convenuta, qualora l'assicurato risulti sieropositivo o affetto dalla patologia epatite B e/o C, secondo la procedura di accertamento stabilita come segue:

L'Assicurato che ritiene di essere stato contagiato dal virus HIV/Epatite B e/o C a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione, deve - entro 10 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto - darne avviso all'Ateneo e al Broker designato o alla Società (in questo secondo caso mettendo in copia l'Ateneo) a mezzo telegramma, telex, PEC o fax. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata all'Ateneo e al Broker incaricato o alla Società (in questo secondo caso mettendo in copia l'Ateneo) una comunicazione con descrizione dettagliata dell'evento.

Entro 6 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un primo test HIV/Epatite B e/o C presso un centro specializzato indicato dalla Società. Qualora dal test risulti che l'Assicurato sia positivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; l'assicurazione nei suoi confronti cessa automaticamente. Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo l'Assicurato nel periodo intercorrente tra i 180 giorni ed i 210 giorni successivi, dovrà sottoporsi ad un secondo test; se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, la Società liquiderà l'indennizzo previsto dall'assicurazione.

Tutte le spese mediche sostenute relative ai test svolti sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termine di polizza, anche dette spese saranno rimborsate dalla Società.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini di denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti è essenziale per la validità dell'assicurazione; in caso di inadempienza l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'indennizzo. La Società, nel caso di contagio da HIV/Epatite B e/o C, riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio certificato dal secondo test immunologico descritto nel precedente articolo corrisponde l'indennizzo pattuito.

Art.17 – Rischio biologico

(GARANZIA ACQUISTABILE FACOLTATIVAMENTE - MA ABBINATA ALLA GARANZIA DI CUI ALL'ART. 16 - DIETRO CORRESPONSIONE DEL PREMIO PER PERSONA E CATEGORIA INDICATO IN POLIZZA)

L'assicurazione copre gli infortuni derivanti dalle attività istituzionali, in base alla propria specifica attività professionale ed istituzionale, che possano determinare infezioni microbiche e/o parassitarie e/o avvelenamento del sangue attraverso lesioni traumatiche oppure per contatto con sostanze infettive.

Art.18–Rischio radiologico

(GARANZIA ACQUISTABILE FACOLTATIVAMENTE DIETRO CORRESPONSIONE DEL PREMIO PER PERSONA E CATEGORIA INDICATO IN POLIZZA)

Lotto n.5 - Infortuni Cumulativa
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

L'assicurazione copre gli infortuni derivanti da conseguenza diretta ed accidentale di esposizione a materiali radioattivi.

SEZIONE IV ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'art.13 Sezione 3;
2. durante la guida e l'uso quale passeggero di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art. 11, Sezione 3;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato, salvo che per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
4. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
5. in occasione della partecipazione a gare e corse (e relative prove) calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, salvo che si tratti di regolarità pura, dalla pratica del paracadutismo, del pugilato e dell'alpinismo;
6. a parziale deroga dell'art. 1, sez. 3, 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.
7. derivanti da contagio da COVID-19 o da qualsiasi altra patologia causata da sindrome respiratoria acuta coronavirus 2 (SARS-CoV 2) (in precedenza nota come 2019-nCoV), o da qualsiasi patologia causata da ogni mutazione o variazione del SARS-CoV 2.

Art.2 – Persone non assicurabili

Sono indistintamente ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti gli Assicurati, a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto dagli Artt. 18-19 di cui alla Sezione 3) e dall'Art. "Criteri di indennizzabilità" di cui alla Sezione 5).

Limitatamente alla Categoria Studenti, si precisa non sono assicurabili le persone affette da emofilia e le persone portatrici del virus HIV e da Epatite virale HBV correlata (Epatite B) – Epatite C prima della denuncia del sinistro.

Nel caso in cui venisse incassato il premio corrispondente, a fronte di un sinistro non indennizzabile ai sensi di quanto indicato al precedente capoverso, la Società provvederà alla relativa restituzione senza possibilità di alcuna opposizione da parte del Contraente e dell'Assicurato.

Art.3 – Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ad 80 anni e cessa - qualunque sia la durata del contratto - alla scadenza annuale del premio successiva per le persone che raggiungono tale limite di età, senza che, in contrario, possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che, in tal caso, verranno restituiti al Contraente.

SEZIONE V GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – 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 dell'Assicurato in parti uguali.

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.

b) MORTE PRESUNTA

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, 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 convenzione.

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.

c) 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.L. n. 38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50% (salvo ove diversamente specificato alle singole Categorie di Assicurati), verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) DIARIE

Qualora sia provato che l'infortunio ha causato l'inabilità temporanea o il ricovero o l'applicazione di gessature o di tutore immobilizzante equivalente, la Società con riferimento alla natura ed alla conseguenza delle lesioni riportate dall'Assicurato, liquida l'indennità giornaliera, se prevista per la categoria, integralmente.

L'indennità cessa con il 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 alla Sezione 6 della presente polizza.

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

e) SPESE MEDICHE

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 con il massimo di quanto stabilito alla Sezione 6, le spese sostenute.

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

Art.2 – Valutazione del danno - Controversie

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l'Assicurato e/o il Contraente, o persona da esso designata.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla presente polizza, possono essere demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Una volta richiesta la convocazione del collegio medico da parte dell'Assicurato, con l'indicazione del nome del medico designato, l'Impresa è tenuta a comunicare all'Assicurato, entro trenta giorni dalla richiesta, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre la Società contribuirà interamente alle spese ed alle competenze del terzo medico. È facoltà del Collegio medico rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale.

Art.3 – 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. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.4 - 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 e malattia.

Art.5 – Anticipi indennizzi

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare il risarcimento sino ad un massimo di Euro 25.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

Art. 6 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia di sinistro dovrà essere indirizzata per iscritto al Broker, o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza o alla Società, entro 30 giorni da quando il Settore dell'Ente Contraente, competente alla gestione del contratto, ne ha avuto conoscenza scritta o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata, se ricorre il caso, da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul 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, il Contraente o gli aventi diritto dell'Assicurato dovrà/dovranno dare immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma e/o altro documento.

Entro 30 giorni dall'aggiudicazione il Contraente, il Broker e la Società predisporranno una procedura condivisa per la gestione dei sinistri. Tale procedura, soggetta a periodiche revisioni, ove necessarie, rappresenterà le linee guida cui le Parti si atterranno per la gestione dei sinistri.

Art. 7 - Cumulo di indennità

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

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

Art. 8 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, entro i 30 giorni successivi ad ogni scadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) sinistri denunciati (con indicazione della data dell'evento, del nome del danneggiato, della data della richiesta di risarcimento, della tipologia e descrizione dell'evento stesso);
- b) sinistri riservati (con indicazione del numero e dell'importo a riserva);
- c) sinistri liquidati (con indicazione del numero e dell'importo liquidato);
- d) sinistri respinti e/o chiusi senza seguito (per quelli respinti mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri, dovranno essere corredati, oltre che dei dati sopra richiesti, anche di: data di apertura della pratica presso la Società, data di accadimento del sinistro denunciato dal terzo reclamante, indicazione del nominativo del terzo reclamante, data della chiusura della pratica per liquidazione o ogni altro motivo.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file excel), editabile ed utilizzabile dal Contraente stesso.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui la Società esercitasse la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di Sinistro" (se operante) o la facoltà di disdetta annuale di cui all'art. "Durata dell'assicurazione, rinnovo, proroga, disdetta" (se operante), la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato.

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

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri non oltre 30 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta inviata via fax o posta elettronica del Contraente e/o dal Broker.

**SEZIONE VI
 LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO**

Art.1 –Limiti di indennizzo e franchigie

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 15.000.000,00= qualora il sinistro coinvolga più persone. In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto senza applicazione di alcuna franchigia, salvo quanto previsto all'Art.6 malattie contratte per ragioni di servizio Sezione 3), quanto diversamente normato alle singole Categorie di Assicurati e salvo quanto di seguito indicato.

Art.2 Categorie assicurate/assicurande, garanzie e capitali assicurati

CATEGORIE ASSICURATE: L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate nonché per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria, a valere per assicurato e per sinistro.

CATEGORIE	PARAMETRO
<p>1</p> <p>Studenti (compresi gli studenti 150 ore ex art. 11 Decreto Legislativo 29 marzo 2012 n. 68) iscritti a Corsi di studio, Masters, Scuole di specializzazione, Corsi/Scuole di Dottorato di Ricerca presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, compresi quelli frequentanti Corsi di perfezionamento e Corsi di aggiornamento, Corsi di recupero ai fini della immatricolazione o comunque partecipanti alle attività didattiche, di ricerca, di formazione e/o di tirocinio, anche se in viaggio di studio o stage, nello svolgimento di tutte le attività necessarie o comunque utili al conseguimento del titolo e durante la partecipazione ad iniziative organizzate/gestite/patrocinate dall'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia o che vedono coinvolta la stessa.</p> <p>Fermo quanto predetto, a maggior precisazione, relativamente alla categoria degli studenti "medici specializzandi" farà fede quanto riportato dalla normativa vigente, ex D. Lgs. 358/99. In particolare, la copertura assicurativa prestata dalla presente polizza, si intende operante limitatamente alle attività didattiche svolte presso le strutture universitarie e non, esclusa l'attività formativa ed assistenziale svolta dal medico in formazione specialistica presso le strutture sanitarie.</p>	<p>20.000</p>
<p>2</p> <p>Laureati frequentatori, ossia soggetti in possesso di Diploma di Laurea, autorizzati a frequentare le strutture universitarie, il cui accesso è subordinato al previo pagamento di un contributo spese</p>	<p>20</p>

Le garanzie ed i capitali di seguito indicati si intendono per ogni persona assicurata e per sinistro:

GARANZIE	CAPITALI ASSICURATI €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Spese mediche e farmaceutiche	3.000,00

Diaria da ricovero o ingessatura	50,00
----------------------------------	-------

CATEGORIE		PARAMETRO
3	L'assicurazione è operante per gli infortuni: a) che le persone (dipendenti e non) autorizzate dal Contraente, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di proprietà del Contraente o in disponibilità a qualsiasi titolo (ad es. comodato, locazione, uso esclusivo, ecc.) del Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto.	N. veicoli dell'Ateneo: 8
	b) che le persone (dipendenti e non) autorizzate dal Contraente, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di loro proprietà e/o di proprietà di terzi (con esclusione di quelli di cui al punto a), limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto. Sono compresi in garanzia anche gli infortuni subiti dagli assicurati mentre salgono o scendono sui o dai veicoli stessi; sono compresi quelli subiti sia in caso di fermata e/o sosta del veicolo, natante, sia durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.	KM annui anticipati: 300.000

Le garanzie ed i capitali di seguito indicati si intendono per ogni persona assicurata e per sinistro:

GARANZIE	CAPITALI ASSICURATI €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Spese mediche e farmaceutiche	3.000,00

CATEGORIE ASSICURANDE: Agli effetti delle garanzie previste dalla presente Polizza le persone facenti parte delle categorie di seguito menzionate sono assicurate solo a condizione che ne abbiano fatto esplicita richiesta all'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, mediante compilazione e sottoscrizione di apposito modulo di adesione o mediante attivazione tramite procedura on line e con premio assicurativo a loro carico.

L'assicurazione decorrerà dalla data di adesione dell'assicurando. Per quanto riguarda la data di adesione, farà fede la data di ricezione da parte dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia del relativo modulo di adesione trasmesso dall'assicurando o la data di conclusione della procedura di attivazione on line.

L'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia si impegna a conservare l'elenco dei soggetti aderenti, i relativi moduli di adesione e ad esibire tutta la documentazione probatoria ai sensi dell'Art. "Identificazione degli Assicurati".

L'assicurazione delle persone di cui alle seguenti categorie non comporta la corresponsione di alcun premio anticipato.

Il premio relativo ai soggetti assicurati verrà corrisposto dall'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia alla Società in sede di regolazione premio, sulla base delle adesioni ricevute, con le modalità previste all'Articolo "Regolazione del premio".

Si precisa che per ciascun soggetto assicurato, che abbia aderito alla presente copertura, l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia è tenuta a corrispondere alla Società, con le modalità di cui al comma precedente (in sede di regolazione premio), il premio annuo pro capite, indipendentemente dalla data di adesione dell'assicurato. Si precisa inoltre che il premio annuo pro capite si intende interamente acquisito dalla Società, indipendentemente dalla data di adesione dell'assicurato.

CATEGORIA	
4	Professori a contratto e titolari di contratto o di incarico, a titolo gratuito o retribuito, per attività di didattica ufficiale, didattica integrativa, esercitazioni e conduzioni di laboratorio attribuiti ai sensi dell'art. 23 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240
5	Titolari di borse di Ricerca di Ateneo e titolari di premi di studio
6	Assegnisti per lo svolgimento di attività di ricerca ai sensi dell'art. 22 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240 nonché collaboratori attività di ricerca ai sensi dell'art. 51, comma 6, della L.449/97 e D.Min.11.02.98
7	Studenti iscritti ad istituzioni universitarie straniere partecipanti a programmi internazionali o ospitati in base a convenzioni
8	Professori e ricercatori, nonché figure similari appartenenti ad istituzioni universitarie straniere
9	Cultori della materia
10	Personale dipendente (docente e tecnico-amministrativo), personale atipico (collaboratori coordinati e continuativi, liberi professionisti che rendono prestazioni ai sensi dell'art. 2229 e ss. del Codice Civile, prestatori di lavoro occasionale ex art. 2222 del Codice Civile) e tutti i soggetti che, in base a contratti, accordi, convenzioni, scambio di lettere di referenze, ecc, frequentano ed utilizzano le strutture universitarie
11	Praticanti presso l'Ufficio Legale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
12	Tirocinanti laureati
13	Collaboratori volontari a titolo gratuito
14	Personale dipendente della Fondazione 'Marco Biagi'
15	Soggetti non iscritti presso l'Ateneo, che partecipano a corsi di formazione, aggiornamento, perfezionamento, ecc.; che sostengono test di esame di qualunque genere, organizzati e tenuti presso le strutture dell'Ateneo e presso le strutture della Fondazione 'Marco Biagi', anche se commissionati all'Ateneo e alla Fondazione da soggetti terzi

Le garanzie ed i capitali di seguito indicati si intendono per ogni persona assicurata e per sinistro:

GARANZIE	CAPITALI ASSICURATI €
Caso Morte	100.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Spese mediche e farmaceutiche	3.000,00
Diaria da ricovero o ingessatura	50,00

Art.3 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Si precisa che, come anche previsto nella Scheda di offerta economica, il premio annuo lordo per persona dovrà essere equivalente per tutte le categorie 1) usque 15) di soggetti di seguito indicati (**Colonna A**). Fa eccezione a tale prescrizione la categoria 3, in quanto il parametro di calcolo del premio sono il nr. Veicoli e i km percorsi.

Per la determinazione del premio annuo lordo anticipato, si farà riferimento alle sole categorie 1), 2), 3) (categorie **Assicurate – Colonna A**) mentre, per le categorie di cui ai punti sub 4) usque 15) (categorie **Assicurande – Colonna A**) il premio verrà corrisposto in sede di regolazione posticipata sulla base delle adesioni ricevute.

Si precisa che il premio annuo lordo (per: persona/Categoria/rischio) riferito alle singole estensioni di rischio (**Colonna – B**) la cui attivazione/acquisto è facoltativa/o, ovvero a scelta del Contraente nonché dell'Assicurato, rispettivamente per le Categorie Assicurate e per le Categorie Assicurande è indicato nella tabella seguente. Il premio per le singole estensioni di rischio non concorre alla formazione del premio annuo lordo anticipato e, di conseguenza, non è oggetto di offerta economica.

ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO

Art.4 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.5 – Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su moduli 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.

COLONNA		A	B
N.	RISCHIO ASSICURATO/CATEGORIA	ELEMENTO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	DETERMINAZIONE DEL PREMIO PER PERSONA €
1	Studenti (compresi gli studenti 150 ore ex art. 11 Decreto Legislativo 29 marzo 2012 n. 68) iscritti a Corsi di studio, Masters, Scuole di Specializzazione, Corsi/Scuole di Dottorato di Ricerca presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, compresi quelli frequentanti Corsi di perfezionamento e Corsi di aggiornamento, Corsi di recupero ai fini della immatricolazione o comunque partecipanti alle attività didattiche, di ricerca, di formazione e/o di tirocinio, anche se in viaggio di studio o stage, nello svolgimento di tutte le attività necessarie, o comunque utili al conseguimento del titolo, e durante la partecipazione ad iniziative organizzate/gestite/patrociate dall'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia o che vedono coinvolta la stessa. Fermo quanto predetto, a maggior precisazione, relativamente alla categoria	Numero persone: 20.000	PREMIO PER PERSONA PER ESTENSIONE RISCHIO A) HIV Epatite B e C e BIOLOGICO B) RADIOLOGICO EURO a)11,00 b)960,00

Lotto n.5 - Infortuni Cumulativa
 Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

	degli studenti "medici specializzandi" farà fede quanto riportato dalla normativa vigente, ex D. Lgs. 358/99. In particolare, la copertura assicurativa prestata dalla presente polizza, si intende operante limitatamente alle attività didattiche svolte presso le strutture universitarie e non, esclusa l'attività formativa ed assistenziale svolta dal medico in formazione specialistica presso le strutture sanitarie.			
2	Laureati frequentatori, ossia soggetti in possesso di Diploma di Laurea autorizzati a frequentare le strutture universitarie, il cui accesso è subordinato al previo pagamento di un contributo spese.	Numero persone: 20		a) 11,00 b) 960,00
N.	RISCHIO ASSICURATO/CATEGORIA	ELEMENTO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	DETERMINAZIONE DEL PREMIO PER VEICOLO/KM PERCORSO €	PREMIO PER PERSONA PER ESTENSIONE RISCHIO C) HIV Epatite B e C e BIOLOGICO D) RADIOLOGICO c) €URO
3	a) le persone (dipendenti e non) autorizzate dal Contraente, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli intestati al P.R.A. al Contraente o di proprietà di terzi ed in uso esclusivo al Contraente o in locazione o comodato, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto	Veicoli dell'Ateneo N.8		a) 6,00 b) 960,00
	b) che le persone (dipendenti e non) autorizzate dal Contraente, subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio fuori dall'ufficio, durante la guida di veicoli di loro proprietà e/o di proprietà di terzi (non intestati al P.R.A. al Contraente o non di proprietà di terzi ma in uso esclusivo al Contraente stesso o dal medesimo utilizzati in locazione o comodato), limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni, tale garanzia è estesa anche alle persone di cui sia autorizzato il trasporto.	Km annui anticipati: 250.000		

Relativamente alle Categorie di seguito indicate, si riporta quale elemento il numero potenziale di assicurati, stante comunque che il numero effettivo verrà comunicato solo in sede di regolazione premio, sulla base delle adesioni ricevute.

COLONNA			A	B
N.	RISCHIO ASSICURATO/CATEGORIA	ELEMENTO PER IL CALCOLO DEL PREMIO	DETERMINAZIONE DEL PREMIO PER PERSONA €	PREMIO PER PERSONA PER ESTENSIONE RISCHIO A) HIV Epatite B e C e BIOLOGICO B) RADIOLOGICO EURO
4	Professori a contratto e titolari di contratto o di incarico, a titolo gratuito o retribuito, per attività di didattica ufficiale, didattica integrativa, esercitazioni e conduzioni di laboratorio attribuiti ai sensi dell'art. 23 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240	Numero persone: 10		a)11,00 b)960,00
5	Titolari di borse di Ricerca di Ateneo e titolari di premi di studio	Numero persone: 10		a)11,00 b)960,00
6	Assegnisti per lo svolgimento di attività di ricerca ai sensi dell'art. 22 della L. 30 Dicembre 2010, n. 240 nonché collaboratori attività di ricerca ai sensi dell'art. 51, comma 6, della L.449/97 e D.Min.11.02.98	Numero persone: 100		a)11,00 b)960,00
7	Studenti iscritti ad istituzioni universitarie straniere partecipanti a programmi internazionali o ospitati in base a convenzioni.	Numero persone: 300		a)11,00 b)960,00
8	Professori e ricercatori nonché figure similari appartenenti ad istituzioni universitarie straniere	Numero persone: 10		a)11,00 b)960,00
9	Cultori della materia	Numero persone: 10		a)11,00 b)960,00

COLONNA		A	B
10	Personale dipendente (docente e tecnico-amministrativo), personale atipico (collaboratori coordinati e continuativi, liberi professionisti che rendono prestazioni ai sensi dell'Art. 2229 e ss. del codice Civile, prestatori di lavoro occasionale ex Art. 2222 del Codice Civile) e tutti i soggetti che, in base a contratti, accordi, convenzioni, scambio di lettere di referenze, ecc.,	Numero persone: 300	a)11,00 b)960,00
11	Praticanti presso l'Ufficio Legale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	Numero persone: 2	a)11,00 b)960,00
12	Tirocinanti laureati	Numero persone: 20	a)11,00 b)960,00
13	Collaboratori volontari a titolo gratuito	Numero persone: 20	a)11,00 b)960,00
14	Personale dipendente della Fondazione 'Marco Biagi'	Numero persone: 20	a)6,00 b)960,00
15	Soggetti non iscritti presso l'Ateneo, che partecipano a corsi di formazione, aggiornamento, perfezionamento, ecc., che sostengono test di esame di qualunque genere, organizzati e tenuti presso le strutture dell'Ateneo e presso le strutture della Fondazione 'Marco Biagi', anche se commissionati all'Ateneo e alla Fondazione da soggetti terzi	Numero persone: 30	

Scomposizione del premio:

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

Il Contraente (firma)

La Società delegataria (firma)

Le coassicuratrici (firma)