

Oggetto: Polizza “Infortuni” stipulata dall’Ateneo con la Compagnia Assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A. con durata dal 31.03.2022 al 31.03.2027 - DENUNCIA DI SINISTRO.

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente in _____
_____, Via/Piazza _____, Tel. _____

1. **IN QUALITÀ DI SOGGETTO AUTOMATICAMENTE ASSICURATO** (in quanto il premio assicurativo è già ricompreso, rispettivamente, nelle tasse universitarie e nel “contributo di accesso”), appartenente alla seguente categoria:

- ☐ **Studenti** (compresi gli studenti 150 ore ex art. 11 Decreto Legislativo 29 marzo 2012 n. 68) iscritti a Corsi di studio, Masters, 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
- ☐ **Laureati frequentatori**

2. **IN QUALITÀ DI SOGGETTO ASSICURATO, IN QUANTO HA ADERITO ALLA ESTENSIONE DELLA POLIZZA “INFORTUNI”** (mediante attivazione on line o tramite compilazione di apposito modulo di adesione e corresponsione del relativo premio *pro capite* annuo, pari ad € 1,61), appartenente alla seguente categoria:

- ☐ **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
- ☐ **Personale dipendente della Fondazione ‘Marco Biagi’**
- ☐ **Titolari di borse di Ricerca di Ateneo e titolari di premi di studio**
- ☐ **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
- ☐ **Studenti iscritti ad istituzioni universitarie straniere** partecipanti a programmi internazionali od ospitati in base a convenzioni e **docenti/ricercatori, nonché figure similari, appartenenti ad istituzioni universitarie straniere**
- ☐ **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**

- ☐ **Cultori della materia**
- ☐ **Praticanti presso l'Ufficio Legale dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**
- ☐ **Tirocinanti laureati**
- ☐ **Collaboratori volontari a titolo gratuito**
- ☐ **Soggetti non iscritti presso l'Ateneo, che partecipano a corsi di formazione, aggiornamento, perfezionamento, ecc., 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**

in relazione alla Polizza in oggetto comunica di avere subito un infortunio in data _____

In proposito, il sottoscritto dichiara che in data _____ alle ore _____

circa ¹: _____

Allo scopo, allega

- la documentazione medica in suo possesso², riservandosi di trasmettere ulteriore documentazione medica sino alla chiusura della prognosi
- modulo di UnipolSai Assicurazioni per il trattamento dei dati personali e Informativa sulla Privacy di AON, broker assicurativo dell'Ateneo, debitamente compilati e sottoscritti.

Ai sensi di quanto disposto dall'art. 1891 del Codice Civile, il sottoscritto presta il proprio consenso all'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia ad adempiere agli obblighi inerenti la denuncia di sinistro.

Data _____

In fede

¹ Descrivere le modalità del sinistro

² Trasmettere la seguente documentazione:

- **certificato medico di pronto soccorso, o di struttura sanitaria, indicante la durata della prognosi, eventuali immobilizzazioni applicate ad arti;**
- **certificati medici sul decorso delle lesioni subite** (es. visite di controllo, radiografie, ecc.)
- **certificati INAIL fino a quello conclusivo**
- **certificato di guarigione clinica con o senza postumi invalidanti, redatto da un medico** (anche quello di base). Qualora non vengano indicati postumi, l'assicurato non sarà sottoposto a visita; al contrario, se sul certificato è indicato *"con postumi da valutare in opportuna sede medico legale"*, la Compagnia incaricherà un medico fiduciario per valutare se sussistono postumi invalidanti ed in quale percentuale.
Qualora l'assicurato abbia assoluta certezza di non avere riportato postumi invalidanti può rilasciare direttamente la relativa dichiarazione (es. *"Io sottoscritto _____ dichiaro di non avere riportato postumi invalidanti a seguito del sinistro del _____, ecc. e chiedo pertanto la chiusura della pratica"*). In tal caso, la pratica verrà archiviata senza seguito, salvo il rimborso delle spese mediche se presentate
- **copia delle ricevute/notule/fatture relative alle spese mediche sostenute a seguito dell'infortunio che devono essere sempre corredate di relativa prescrizione medica**

in caso di ricovero, fornire copia della cartella clinica.