

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 - ESTENSIONE FACOLTATIVA AI RISCHI DI CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS HIV, EPATITE B e C, RISCHIO BIOLOGICO E RISCHIO RADIOLOGICO

DENUNCIA DI SINISTRO.

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

IN QUALITÀ DI SOGGETTO ASSICURATO, IN QUANTO HA ADERITO ALLA ESTENSIONE DELLA POLIZZA “INFORTUNI” (mediante compilazione di apposito modulo di adesione e corresponsione del relativo premio *pro capite* annuo) **AL:**

☐ **CONTAGIO ACCIDENTALE DA VIRUS HIV, EPATITE B E C E RISCHIO BIOLOGICO**

☐ **RISCHIO RADIOLOGICO**

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

☐ **Studente** dell’Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia iscritto al seguente Corso di Studio:

1

☐ **Laureati frequentatori** (ossia soggetti autorizzati a frequentare le strutture universitarie, il cui accesso è subordinato al previo pagamento di un contributo spese)

☐ **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**

☐ **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 o ospitati in base a convenzioni.**

☐ **Professori e ricercatori nonché figure similari appartenenti ad istituzioni universitarie straniere**

¹ **Indicare il Corso di Studio al quale lo studente è iscritto** (a titolo esemplificativo: Corso di Laurea, Master, Scuola di Dottorato di Ricerca/di Specializzazione, Corso di perfezionamento, Corso di aggiornamento, ecc.)

- ☐ **Cultori della materia**
- ☐ **Tirocinanti laureati**
- ☐ **Collaboratori volontari a titolo gratuito**

DICHIARA

- ☐ di ritenere di essere stato **contagiato dal virus HIV e/o dall'epatite B e/o C** 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
- ☐ di avere subito un infortunio che può avere determinato **infezioni microbiche e/o parassitarie e/o avvelenamento del sangue** attraverso lesioni traumatiche oppure per contatto con sostanze infettive (c.d. **rischio biologico**)
- ☐ di avere subito un **infortunio derivante da conseguenza diretta ed accidentale di esposizione a materiali radioattivi** (c.d. **rischio radiologico**)

In proposito, il sottoscritto dichiara che in data _____ alle ore _____
circa²: _____

Allo scopo, allega:

- la documentazione medica in suo possesso³, 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

² Descrivere le modalità del sinistro

³ Trasmettere la seguente documentazione:

- **certificato medico di pronto soccorso, o di struttura sanitaria, indicante la durata della prognosi**
- **certificati medici sul decorso**
- **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.
- **copia delle ricevute/notule/fatture relative alle spese mediche sostenute a seguito dell'infortunio che devono essere sempre corredate di relativa prescrizione medica**