

CAPITOLATO DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CATEGORIE VARIE

CONTRAENTE:	Università IUAV di Venezia Santa Croce 191 - Tolentini 30135 VENEZIA C.F. 80009280274
DECORRENZA:	ORE 24.00 DEL 30.06.2009
SCADENZA:	ORE 24.00 DEL 30.06.2012
RATEAZIONE:	ANNUALE

Si conviene fra le Parti che le norme dattiloscritte qui di seguito annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni riportate a stampa nella modulistica utilizzata dalla Società in aggiunta al presente capitolato di polizza, per cui le stesse si devono intendere abrogate e prive di qualsiasi effetto. I moduli prestampati della Società, allegati al presente capitolato di polizza, benché sottoscritti dal Contraente, valgono esclusivamente per i dati identificativi riferiti al Contraente, al conteggio del premio, alla durata contrattuale, al trattamento dei dati personali, nonché per l'indicazione delle eventuali quote di coassicurazione.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

ASSICURATO:	il soggetto, persona fisica o giuridica, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
ASSICURAZIONE:	il contratto di assicurazione.
BENEFICIARI:	la persona o le persone cui è destinata, per volontà, espressamente dichiarata nella polizza dall'Assicurato, la somma garantita per il caso di morte o in mancanza di designazione, gli eredi legittimi e testamentari dell'Assicurato.
BROKER:	l'intermediario di assicurazioni incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione della polizza e riconosciuto dalla Società ovvero: Assidoge S.r.l. – Insurance Broker.
CONTRAENTE/ASSICURATO:	abbreviazione utilizzata per indicare che quanto è disposto dalla norma può soddisfare l'uno o l'altro o essere adempiuto dall'uno o dall'altro.
CONTRAENTE:	il soggetto che stipula la polizza ovvero l'Università IUAV di Venezia
FRANCHIGIA:	quota del danno liquidabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che l'Assicurato tiene a suo carico qualunque sia l'entità del danno totale.
INDENNIZZO/INDENNITA':	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO:	l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.
INVALIDITA' PERMANENTE:	la permanente incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere ad una attività lavorativa proficua, indipendentemente dalla professione.
PARTI:	il Contraente/Assicurato e la Società.
POLIZZA:	il documento che prova l'Assicurazione.
PREMIO:	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
RISCHIO:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
SINISTRO:	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
SOCIETA':	l'Impresa Assicuratrice.

NORME CHE REGOLANO LA GESTIONE DEL CONTRATTO

Art. 1 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società la stipulazione di altre assicurazioni che i singoli Assicurati o il Contraente stesso avessero in corso o stipulassero con altre Compagnie.

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne tuttavia avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

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

Art. 2 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza e il versamento del premio potrà essere effettuato nei 60 (sessanta) giorni successivi.

I premi devono essere pagati alla Direzione della Società o all'Agenzia della stessa o alla Società di brokeraggio che gestisce la polizza.

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

Art. 3 - GENERALITA' DEGLI ASSICURATI / REGOLAZIONE DEL PREMIO

La Società rinuncia all'identificazione in polizza delle generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione e di ogni altro documento probatorio in possesso del Contraente.

Poiché il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base a elementi variabili del rischio, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, sulla base dei preventivi annui denunciati dal Contraente, 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 a base per il conteggio del premio. Pertanto le inclusioni/esclusioni che dovessero verificarsi in corso d'anno saranno automaticamente comprese in garanzia e regolate alla fine del periodo assicurativo mediante il pagamento dei premi "pro-rata temporis".

A tale scopo, entro 120 (centoventi) giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate nei 60 (sessanta) giorni successivi alla relativa comunicazione da parte della Società.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante formale atto di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 (trenta) giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

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

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

Art. 4 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha validità dalle ore 24.00 del 30.06.2009 fino alle ore 24.00 del 30.06.2012 con rateo iniziale a decorrere dalle ore 24.00 del 30.06.2009 alle ore 24.00 del 30.06.2010 e successive rate annuali a partire dal 30.06.2010.

Pur essendo il contratto di durata poliennale, le Parti si riservano la facoltà di risolverlo alla scadenza di ciascun periodo assicurativo annuo, mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 90 (novanta) giorni prima della scadenza.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 5 - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

In osservanza alla legge 24.12.1994, n. 724, e sue modificazioni e/o integrazioni, si precisa che la presente assicurazione cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, salvo disposizioni di prosecuzione della stessa effettuata dal Contraente alla Società, precedentemente alla scadenza, qualora sussistano ragioni di economicità e/o di pubblico interesse, e salvo che lo stesso sia stato disdetto per sinistrosità.

Fatto salvo quanto previsto al precedente comma, è in facoltà del Contraente, chiedere alla Società la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di gara; pertanto la Società si impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore, per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni ed il relativo rateo di premio dovrà essere anticipato in via provvisoria da parte del Contraente.

Art. 6 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse divisa per quote fra diverse Società Coassicuratrici, in caso di sinistro, le Società concorreranno nel pagamento dell'indennizzo, liquidato a termini delle Condizioni Generali di Assicurazione, in proporzione della quota da esse assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici, indicate nella polizza o appendice, a firmarlo anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sul documento di assicurazione, lo rende ad ogni effetto valido anche per le quote delle Coassicuratrici.

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente polizza.

Le Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti, tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, etc...). E' fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della Spett.le ASSIDOGE S.r.l. direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice e tale procedura è accettata dalle medesime.

Tutte le comunicazioni fatte alla Delegataria, anche attinenti alla denuncia dei sinistri, hanno effetto nei confronti dei Coassicuratori.

Art. 7 - CLAUSOLA BROKER

All'Associazione Temporanea d'Impresa composta da ASSIDOGE S.r.l. (in qualità di capogruppo mandataria) e General Broker Service S.p.A. (in qualità di mandante) è affidata la gestione e l'esecuzione della presente assicurazione in qualità di Broker, ai sensi del D.Lgs. 209/05.

Di conseguenza tutti i rapporti e comunicazioni, compreso il pagamento dei premi, inerenti l'assicurazione saranno svolti per conto del Contraente/Assicurato dall'Assidoge S.r.l. la quale tratterà con la Società.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termini dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento effettuato dal Contraente al Broker.

Agli effetti dei termini fissati dalle condizioni di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker nel nome e per conto del Contraente/Assicurato si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società.

Farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione ufficiale del Broker alla Società.

Il Broker sarà remunerato dalla/e Società aggiudicataria/e dell'appalto. La remunerazione del Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi, sarà pari al 70% dell'aliquota provvigionale, calcolata sul premio imponibile, che la Società riconosce all'Agenzia affidataria

del contratto, come risultante dalla lettera di Mandato Ufficiale di Agenzia il quale costituirà documento ufficiale probatorio.

La remunerazione percepita dal Broker, sotto forma di ritenuta sui premi di assicurazione e all'atto del pagamento dei medesimi, dovrà comunque essere parte dell'aliquota riconosciuta dalla/e Società aggiudicataria/e alla propria rete di vendita diretta e non potrà pertanto rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

Art. 8 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni devono essere fatte mediante lettera raccomandata, fax, telex, telefax, telegramma, indirizzata all'Agenzia della Società alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Compagnia stessa o al Broker incaricato. Le modificazioni alle pattuizioni contrattuali devono, per essere valide, risultare da apposito atto firmato dalla Società e dall'Assicurato.

Art. 9 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

Art. 10 - ONERI FISCALI

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

Art. 11 - FORO COMPETENTE

Il foro competente per qualsiasi controversia inerente l'esecuzione del presente contratto si intende quello nella cui giurisdizione è ubicata la sede legale del Contraente/Assicurato.

Art. 12 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Art. 14 - ESTENSIONE TERRITORIALE

La validità dell'assicurazione è estesa al mondo intero.

ALTRE NORME CHE DISCIPLINANO L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO

Art. 15 - VARIAZIONI DEL RISCHIO

Il Contraente/Assicurato deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

A parziale deroga dell'art. 1897 del Codice Civile, nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre, con effetto immediato, il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente/Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

La Società rimborserà la corrispondente quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 30 (trenta) giorni dalla data di comunicazione oppure in occasione del primo rinnovo dell'annualità di premio a scelta del Contraente/Assicurato.

Art. 16 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO / BUONA FEDE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

Tuttavia l'omissione, l'incompletezza o l'inesattezza delle dichiarazioni da parte del Contraente/Assicurato di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto al completo indennizzo sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti del Contraente/Assicurato.

Il Contraente ha però l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionato al maggior rischio con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

La Società rinuncia alle dichiarazioni inerenti ai sinistri avvenuti prima della decorrenza della presente assicurazione.

Art. 17 - ESONERO DICHIARAZIONE DI PRECEDENTI SINISTRI

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito le cose oggetto dell'Assicurazione negli anni precedenti la stipulazione del presente contratto.

Art. 18 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La polizza è stipulata anche per conto altrui, pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, titolare esclusivo dell'interesse garantito, per cui egli, o i suoi eredi, è legittimato a farli valere presso la Società.

Art. 19 - COMUNICAZIONE SULLO STATO DEI SINISTRI

La Società si impegna a gestire tutti i sinistri attraverso un unico Ispettorato Sinistri ubicato nell'ambito territoriale della Provincia di Venezia o in una Provincia limitrofa e ciò indipendentemente dalla competenza territoriale attribuito allo stesso dalla Compagnia.

La Società si impegna altresì a garantire al Contraente/Assicurato e al Consulente l'accesso all'Ispettorato Sinistri per la discussione delle vertenze relative ai danni denunciati e comunque la facilitazione per gli opportuni collegamenti telefonici e via fax.

La Società, inoltre, si impegna ad inviare al Consulente, con cadenza quadrimestrale, una comunicazione che riporti lo stato dei sinistri denunciati e aperti con i rispettivi numeri di protocollazione, data di accadimento, tipologia di accadimento e le seguenti annotazioni:

- sinistro liquidato (con l'indicazione del relativo importo);
- sinistro aperto e posto a riserva (con l'indicazione del relativo importo a riserva);
- sinistro chiuso, senza seguito (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte);
- sinistro respinto (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non precludono al Contraente di chiedere e ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle suindicate.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 20 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'infortunio con una dettagliata descrizione dello stesso e delle sue cause e conseguenze, corredata da certificato medico, deve essere fatta alla Società o al Broker nel termine di 30 (trenta) giorni lavorativi o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto possibilità.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato con continuità da ulteriori certificati medici, fino a guarigione avvenuta.

Se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve essere dato immediato avviso scritto alla Società o al Broker.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

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

Art. 21 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società potrà recedere dall'assicurazione.

Il recesso avrà decorrenza con la scadenza della rata annuale e con un preavviso non inferiore a 150 (centocinquanta) giorni.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte dell'Assicurato e conseguente riduzione del premio.

Art. 22 - CRITERI DI INDENNIZZO

Fermo restando l'esonero del Contraente dalla denuncia delle infermità, delle malattie sofferte, nonché delle mutilazioni e dei difetti fisici di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero sopravvenire successivamente, la Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, avvenuto durante il periodo di operatività della garanzia, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto l'influenza che l'infortunio può aver 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di indennità di cui all'art. 1.14 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata ovvero sia determinabile in base alla documentazione esistente, la Società paga ai beneficiari designati per il caso di morte o, in difetto, alle altre persone designate, l'importo liquidato od offerto.

Art. 23 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni dall'accettazione stessa. Nel caso in cui la Società ritenga non indennizzabile l'evento, comunicherà all'Assicurato ed al Contraente per iscritto la motivazione entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione.

Art. 24 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenze sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado d'invalidità permanente o sulla durata e pertinenza dell'inabilità temporanea e delle spese di cura. Si

procederà mediante arbitrato di un Collegio medico. I due primi componenti di tale Collegio saranno designati dalle parti e il terzo d'accordo dai primi o in caso di disaccordo, dal Presidente del consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che sia sede d'Istituto universitario di medicina legale e delle Assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese per il terzo Medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art. 25 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili del sinistro.

1. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce durante la partecipazione all'attività istituzionale organizzata dal Contraente e per gli infortuni che l'Assicurato subisce per la partecipazione presso terzi, in tutto il mondo, ad attività autorizzate dai responsabili di struttura del Contraente o sotto il patrocinio del Contraente stesso. Si ritengono quindi compresi in garanzia, tra gli altri, gli infortuni subiti durante la frequenza, permanenza e trasferimento da struttura a struttura presso l'Ateneo o le Aziende comunali per il Diritto allo studio Universitario, la partecipazione ad iniziative o manifestazioni (con esclusione di quelle a carattere agonistico sportivo, fatta eccezione per la partecipazione al "Palio delle Università" e/o a competizioni remiere varie, allenamenti compresi, che devono invece intendersi coperte da garanzia); rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologabili, assimilabili e/o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale del Contraente, come ad esempio qualsiasi stabilimento produttivo.

Sono inoltre compresi in garanzia, a titolo esemplificativo e non limitativo:

- a) l'annegamento;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- c) la folgorazione;
- d) gli effetti delle influenze termiche e atmosferiche;
- e) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas, vapori o esalazioni velenose;
- f) il congelamento o l'assideramento, i colpi di sole, di calore o di freddo, le influenze termiche ed atmosferiche;
- g) gli effetti della grandine e delle tempeste di vento;
- h) gli effetti causati da scariche elettriche;
- i) gli effetti di esposizione, contatto, ingestione e assorbimento di sostanze nocive e/o corrosive in genere;
- j) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- k) gli infortuni determinati da vertigini, nonché gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza, purché non cagionati da abuso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti, allucinogeni;
- l) gli infortuni derivanti da colpa grave, imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) il soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- n) le infezioni determinate da punture di insetti o di aracnidi (escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari), morsi di rettili o di animali, comprese le conseguenze dovute a vertigini o incoscienza causate da alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture;
- o) le lesioni causate da infezioni acute;
- p) gli infortuni derivanti da frane, valanghe, slavine, inondazioni, alluvioni, straripamenti, caduta di fulmini, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici e maremoti;
- q) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, anche con movente politico, sociale o sindacale, scioperi, sommosse, attentati, aggressioni e violenze, azioni delittuose, atti vandalici o dolosi, rapina e sequestro (anche tentati), scippo, terrorismo e sabotaggio, azioni delittuose, azioni di pirateria aerea o di dirottamento di aeromobili, navi o altri mezzi, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- r) le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzi (esclusi gli infarti) e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- s) derivanti dall'uso e/o dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, sempreché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato, ove prescritto, dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

- t) le ulteriori lesioni derivanti da interventi chirurgici o trattamenti medici resi necessari a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- u) dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli indicati nel successivo art. 16) – “Esclusioni”;
- v) il soffocamento da ingestione di solidi e liquidi e comunque di qualunque corpo estraneo;
- w) le ernie traumatiche;
- x) le ernie addominali da sforzo e gli strappi muscolari derivanti da sforzo;
- y) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- z) gli infortuni avvenuti durante la partecipazione ad attività scolastiche e/o culturali.

Art. 1.2 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- dall'uso o guida di veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, alpinismo oltre il 3° grado, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, guidoslitta, hockey, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e dall'accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni o di psicofarmaci, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio, salvo quanto previsto all'art. 1.10;
- da proprie azioni dolose compiute o tentate o dalla partecipazione ad imprese temerarie o inusuali, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o per legittima difesa;
- da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto all'art. 1.7.

Art. 1.3 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infermità mentale.

Di conseguenza l'assicurazione cessa, per tali persone, con il loro manifestarsi, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo tale circostanza, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

Art. 1.4 - LIMITI DI ETA'

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età in corso di contratto, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine.

Art. 1.5 - ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, incagliamento, naufragio, sommersione, atterraggio e ammaraggio forzato, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche nei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio, ma in conseguenza delle zone, del clima o di altre situazioni concomitanti, l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Art. 1.6 - RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri, da chiunque eserciti.

Art. 1.7 - RISCHIO GUERRA

Se in un paese estero in stato di pace, nel quale l'Assicurato si trovi ad essere temporaneamente presente, dovesse scoppiare improvvisamente una guerra (con o senza dichiarazione), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.

Qualora un guasto o una situazione di emergenza costringano il mezzo aereo o navale, su cui l'Assicurato si trova in viaggio, a dirottare o a riparare in un Paese estero nel quale sia in atto una guerra (dichiarata o non), un'invasione, una rivoluzione, un'insurrezione, una guerra civile, una presa di potere da parte di militari o un altro tipo di ostilità, l'assicurazione comprenderà gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire in dipendenza di taluno di detti eventi.

La presente garanzia avrà una durata limitata e cesserà automaticamente e inderogabilmente alle ore 24 (ventiquattro) del 14° (quattordicesimo) giorno successivo a quello in cui l'evento ha avuto inizio.

La presente garanzia non vale:

- se l'Assicurato prende parte attiva all'evento;
- se l'evento ha luogo nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 1.8 - RISCHIO IN ITINERE

Ad integrazione di quanto indicato nell'art.15, si precisa che la garanzia comprende gli infortuni che possono colpire gli assicurati durante:

- a) il tragitto dall'abitazione (anche occasionale) al luogo di lavoro e viceversa;
- b) il tragitto dalla sede dove viene svolta l'attività fino al raggiungimento di altre sedi e viceversa;

purché tali infortuni avvengano durante il tempo necessario a completare il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, tanto privati che pubblici.

Art. 1.9 - SERVIZIO MILITARE

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 sospesa.

Entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla prima scadenza di premio (o rata di premio) posteriore all'inizio del servizio di cui sopra, il Contraente ha facoltà di chiedere il rimborso dei premi pagati relativi al periodo in cui l'assicurazione è rimasta sospesa; rimborso che verrà corrisposto al netto delle imposte.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva in qualità di obiettori di coscienza.

Art. 1.10 - DANNI ESTETICI

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, la Società rimborsa fino ad un massimo di € 5.200,00, le spese sostenute e documentate dall'Assicurato, entro due anni dalla guarigione clinica ancorché successivamente alla scadenza di polizza, per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico, comprese le spese per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata e previa presentazione di copia della cartella clinica e notule di spesa in originale oppure in copia, nel caso sia intervenuto il Servizio Sanitario Nazionale, con la prova della quota di concorso erogata dal predetto Ente.

Art. 1.11 - MORTE/MORTE PRESUNTA

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

Per beneficiari si intendono, salvo diversa designazione da parte dell'Assicurato, gli eredi legittimi o testamentari. La suddetta somma sarà liquidata agli eredi legittimi o testamentari in parti uguali tra loro.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli artt. 60 - 62 del Codice Civile.

Resta inteso che qualora dopo il pagamento dell'indennità l'Assicurato risultasse in vita, la Società avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita e residua, anche se nel frattempo fossero trascorsi oltre due anni dall'evento subito e, quindi, senza che si possano da parte della Società invocare eventuali termini di prescrizione, che, al più, decorreranno da quel momento.

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per 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, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. 1.12 - ELEVAZIONE SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE

La Società, per il solo caso di morte determinato da aggressione, atti di terrorismo, attentato, atti delittuosi, sequestro, corrisponderà in aggiunta alla somma assicurata in polizza un'ulteriore somma pari al 50% di quella prevista per il caso morte.

Art. 1.13 - RESPONSABILITA' DEL CONTRAENTE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i beneficiari designati in polizza (o anche solo alcuni di essi), non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di risarcimento, a titolo di responsabilità civile, detto sinistro nella sua totalità viene accantonato, per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

Se con i beneficiari designati in polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari.

La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari, all'inizio di ogni causa civile e penale e nominare gli avvocati o procuratori designati dalla Società per la difesa, restando in facoltà del Contraente di aggiungerne altri a proprie spese.

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

Art. 1.14 - INVALIDITA' PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, ancorché successivamente alla scadenza della polizza, entro tre anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alla tabella allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione del presente contratto.

La perdita assoluta e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto, viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione

delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100% .

Nel caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

L'indennità per la perdita funzionale ed anatomica di un falange del pollice e dell'alluce è stabilita nella metà, per quella di una falange di qualunque altro dito in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Nel caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorati, le percentuali, di cui trattasi, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per le menomazioni degli arti superiori, nel caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Resta convenuto che l'indennità verrà corrisposta senza applicazione di alcuna franchigia.

Qualora l'indennità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni, di cui alle condizioni del presente contratto, sia di grado pari o superiore al 60% l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.

Limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea, l'assicurazione è estesa alle ernie traumatiche e alle ernie addominali da sforzo con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 (trenta) giorni;
- qualora l'ernia non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente; questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo articolo 39.

Art. 1.15 - INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO IN ISTITUTO A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura (pubblico o privato) conseguente ad infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o una invalidità permanente, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità assicurata per ogni pernottamento fino al massimo di 300 pernottamenti per ciascun anno assicurativo.

Si considera "ricovero" la permanenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Art. 1.16 - INDENNITA' GIORNALIERA DA GESSO

Qualora in conseguenza dell'infortunio all'Assicurato venga applicata una stecca immobilizzante, una bendatura rigida, un'ingessatura o comunque un apparecchio simile immobilizzante, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità assicurata sino alla rimozione del mezzo di contenzione, fino al massimo di 90 giorni per sinistro.

Art. 1.17 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di infortunio, rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o una invalidità permanente, la Società rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza valido per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- a) rette di degenza in istituti di cura pubblici o privati, onorari dei medici, chirurghi, assistenti, anestesisti, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, accertamenti diagnostici, medicinali, cure termali (escluse spese di degenza in albergo);
- b) visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici e spese farmaceutiche (massimo indennizzo € 1.600,00 per sinistro);

- c) spese fisioterapeutiche, cure mediche e trattamenti rieducativi in genere;
- d) apparecchi protesici o terapeutici (anche se applicati durante l'intervento chirurgico), protesi oculari;
- e) spese di trasporto all'istituto di cura o posto di pronto soccorso su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso.

Il rimborso viene effettuato a guarigione clinica ultimata, previa presentazione alla Società dei documenti giustificativi in originale.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Qualora l'Assicurato fruisca di analoghe prestazioni assicurative (sociali o private) la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Art. 1.18 - RIMBORSO SPESE DI RIMPATRIO

La garanzia viene estesa alle spese di rimpatrio che le persone assicurate (o per esse il Contraente) dovessero sostenere a seguito di infortunio, nonché le spese sostenute per il rimpatrio della salma. La presente garanzia viene concessa sino ad un massimo di € 2.600,00 per Assicurato.

Art. 1.19 - LIMITE CATASTROFALE

In caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.200.000,00.

Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 1.20 - CUMULO DI INDENNITA'

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

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 agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo norme della successione testamentaria o legittima.

IL CONTRAENTE

.....

LA SOCIETA'

.....

2. PERSONE ASSICURATE

Sono assicurati gli appartenenti alle seguenti categorie

- gli studenti tutti nelle varie identificazioni, quindi a titolo esemplificativo e non limitativo: studenti, laureandi, dottorandi, perfezionandi, tirocinanti, specializzandi, studenti stranieri, borsisti, post-laureandi, laureati e cultori della materia, persone che a vario titolo operano negli stages e tirocinii, studenti delle scuole secondarie nel corso dell'effettuazione dell'alternanza scuola lavoro, studenti con lavoro part-time, studenti lavoratori, uditori;
- tutti coloro non espressamente esclusi che intrattengano, anche temporaneamente ed a vario titolo, per conto od insieme all'Ateneo, attività didattica e di ricerca, come ad esempio visitatori, consulenti, categorie similari;
- obiettori di coscienza;
- docenti a contratto, collaboratori alla didattica, assegnasti di ricerca, dottorati di ricerca;
- volontari.

3. SOMME ASSICURATE E CALCOLO DEL PREMIO

Le garanzie sono prestate per ciascun assicurato per i seguenti capitali e costi:

1. Morte	capitale assicurato € 150.000,00	costo annuo lordo €
2. Invalidità permanente	capitale assicurato € 150.000,00	costo annuo lordo €
3. Indennità da gesso	€ 75,00 giornaliera	costo annuo lordo €
4. Indennità da ricovero	€ 75,00 giornaliera	costo annuo lordo €
5. Rimborso spese mediche	capitale assicurato € 15.000,00	<u>costo annuo lordo €</u>

Totale annuo lordo per assicurato €

CALCOLO DEL PREMIO

Il premio conteggiato in base ai costi lordi (inclusa l'imposta) suindicati, viene anticipato in via provvisoria sul seguente preventivo annuo denunciato dal Contraente:

N° persone assicurate 10.000 x € = premio lordo €

LA SOCIETA'

.....