

AXA ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: corso Como - 20154 Milano - Italia
 Capitale sociale €767 milioni di cui €211 milioni interamente versato
 Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C.
 C.F. e P.IVA - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018
 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano 1576311
 Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025
 Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto Albo Gruppi IVASS n. 041


POLIZZA INFORTUNI AZIENDE e COLLETTIVITÀ - M

ramo 8	polizza n. 409232441	agenzia PERUGIA	codice 5014	cod. sub agente 2	cod. produttore	cod. prodotto 8E54	posizione archivio
decorrenza polizza 31/12/2022	scadenza polizza 31/12/2025	scadenza prima rata 31/12/2023	frazionamento ANNUALE	scadenza annuale 31/12	adeguamento automatico		n. indice
Aut. Spec. - cod. conv.	convenzione	cod. pagam.	vincolataria		scadenza vincolo		
Contraente UNIVERSITA' IUAV DI VENEZIA					cod. cliente	codice fiscale / n. partita IVA 00708670278	
indirizzo - via - n. civico - eventuale località CAMPO DEI TOLENTINI SANTA CROCE 191				comune VENEZIA	provincia VE	c. a. p. 30100	
polizza sostituita NUOVA	ramo	ultima quietanza pagata	premio imponibile	rischi comuni - polizza n. ramo		coassicurazione	
						quota AXA assicurazioni	% cod. deleg.
ATTIVITA' DEL CONTRAENTE							
Attività esercitata dal Contraente COMUNE CIG. 9555215CDA							
FORMA DI ASSICURAZIONE							
L'assicurazione si intende prestata in base al capitolato allegato alla presente							
<input checked="" type="checkbox"/> allegato 1 CAPITOLATO DI POLIZZA							
Vedi allegato capitolato SEZIONE 1 INFORTUNI, tutto quanto indicato nel capitolato allegato prevale su quanto indicato nel presente Frontespizio di polizza.							
GARANZIE PRESTATE E PREMI IMPONIBILI							
Unità tecniche	Garanzia - Prestazione			somma assicurata			ripartizione premio base annuo euro
1 infortuni	morte			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
2 infortuni	invalidità permanente			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
3 infortuni	rimborso spese mediche			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
4 infortuni	diaria da ricovero (ove prevista)			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
5 infortuni	Diaria per gessatura (ove prevista)			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
6 infortuni	Diaria per inabilità temporanea (ove prevista)			VEDI ALLEGATO CAPITOLATO			
totale premio imponibile annuo o premio minimo in caso di regolazione premio						regolazione premio si/no	si
PREMIO euro							
abbuono prima rata	premio infortuni	complemento/accessori		imposta infortuni	Totale prima rata		Totale prima rata Euro
	11.167,80			279,20	11.447,00		
premio rate successive fraz. ANNUALE	premio infortuni	complemento/accessori		imposta infortuni	Totale rate successive		Totale rate successive Euro
	11.167,80			279,20	11.447,00		
				codice rischio	tipo rischio	categoria	sottocategoria altri
emessa in	3	esemplari il 04/01/2023		data pagamento del premio di rata iniziale			l'esattore
riassicurazione				%			

IL CONTRAENTE
AXA ASSICURAZIONI S.p.A.


AXA Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: corso Como 17 - 20154 Milano Italia - Tel. (+39) 02 480841 - Fax (+39) 02 48084331 Capitale sociale € 767 milioni di cui € 211 milioni interamente versato - Ufficio del Registro delle Imprese di Milano n. 00902170018 Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 - C.F. e P. IVA n. 00902170018 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 31 dicembre 1935 (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83).

LOTTO 3)

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

La presente polizza è stipulata tra

UNIVERSITA' IUAV DI VENEZIA
TOLENTINI/ SANTA CROCE 191
30135 - VENEZIA
C.F./P.I. 800092080274

e

AXA ASSICURAZIONI
VIA CAMPO DI MARTE 13 D/E
06126 PERUGIA

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del :	31/12/2022
Alle ore 24.00 del :	31/12/2025

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni	31/12
-------------------------------	--------------

SOMMARIO

SEZIONE 1	DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'
Art.1	Definizioni
Art.2	Identificazione degli Assicurati
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
Art.1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2	Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3	Durata del contratto
Art.4	Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.5	Regolazione del premio
Art.6	Recesso a seguito di sinistro
Art.7	Modifiche dell'assicurazione
Art.8	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.9	Oneri fiscali
Art.10	Foro competente
Art.11	Interpretazione del contratto
Art.12	Titolarità dei diritti nascenti dalla polizza
Art.13	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.14	Coassicurazione e delega
Art.15	Clausola broker
Art.16	Rinvio alle norme di legge
Art.17	Tracciabilità dei flussi finanziari
Art.18	Posta certificata
SEZIONE 3	RISCHI COPERTI
Art.1	Oggetto dell'assicurazione
Art.2	Rimborso spese mediche
Art.3	Diaria per ricovero
Art.4	Diaria per gessatura
Art.5	Diaria per inabilità temporanea
Art.6	Spese di trasporto a carattere sanitario
Art.7	Rientro sanitario
Art.8	Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)
Art.9	Danni estetici
Art.10	Rischio aeronautico
Art.10 Bis	Limite per evento catastrofale
Art.11	Servizio militare
Art.12	Rischio guerra
Art.13	Rischio sportivo
Art.14	Malattie tropicali
SEZIONE 4	ESCLUSIONI
Art.1	Esclusioni
Art.2	Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili
SEZIONE 5	GESTIONE DEI SINISTRI
Art.1	Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2	Criteri di indennizzabilità
Art.3	Controversi
Art.4	Liquidazione dell'indennizzo
Art.5	Rinuncia all'azione di surroga

Università IUAV Venezia
Polizza Infortuni
n.409232441

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

Art.1.1	Studenti
Art.1.2	Infortuni conducenti veicoli di proprietà dell'ente
Art.1.3	Infortuni conducenti veicolo privati
Art.1.4	Portavalori
Art.2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
Art.3	Riparto di coassicurazione

SEZIONE 1
DEFINIZIONI E DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA'

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.
Assicurato :	La persona fisica o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Assicurazione :	Il contratto di assicurazione
Beneficiario :	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker :	La AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Contraente :	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Franchigia :	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Inabilità temporanea :	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Indennizzo :	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio :	ogni evento dovuto a causa fortuita, 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.
Invalidità permanente :	la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Istituto di cura:	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, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno
Massimale per sinistro	la massima esposizione della Società per sinistro.
Premio :	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero:	la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio :	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Scoperto :	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Sinistro :	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società :	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;

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 del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Per le categorie identificate come automaticamente coperte alla Sezione 6 non si farà luogo ad alcuna comunicazione da parte del Contraente ritenendosi gli Assicurati coperti fin dalla decorrenza della presente polizza.

Per le categorie attivabili a richiesta identificate come tali alla Sezione 6 la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del giorno comunicato alla Società Assicuratrice dal Contraente e scadrà alle ore 24.00 del giorno indicato dal medesimo. Il relativo premio verrà conteggiato in sede di regolazione (cfr. Art.5 Sezione 2).

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri (cartacei, informatici o di altro tipo), 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 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente 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 art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente 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 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Tuttavia, l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo dei legali rappresentanti degli assicurati.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito analoghe polizze Infortuni sottoscritte precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio. In tal caso, per quanto coperto di assicurazione con la presente polizza, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente polizza.

Per quanto efficacemente coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde soltanto per la parte di danno eccedente il massimale delle altre polizze.

Si esonera il Contraente dal dare preventiva comunicazione alla Società di eventuali polizze già esistenti e/o quelle che verranno in seguito stipulate sugli stessi rischi oggetto del presente contratto; l'Assicurato ha l'obbligo di farlo in caso di sinistro, se ne è a conoscenza.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art.3 - Durata del contratto

L'assicurazione ha decorrenza e scadenza come indicato nel frontespizio di polizza.

E' facoltà della Contraente, alla scadenza del 31/12/2025, di chiedere il rinnovo annuale della presente polizza per un ulteriore biennio. La facoltà è da formalizzare alla Società anche tramite il Broker, entro trenta giorni prima della scadenza contrattuale. La Società, qualora pervenga la richiesta di rinnovo biennale è obbligata ad assumere il rischio per tale periodo.

Pur essendo il contratto stipulato per durata superiore ad un anno, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di risolverlo, alla scadenza di ciascun periodo assicurativo, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi almeno quattro mesi prima della scadenza

Si conviene che nell'ipotesi di risoluzione del contratto alla prima scadenza annuale dello stesso o a quelle successive o alla scadenza del contratto stesso, è in ogni caso facoltà della Contraente chiedere ed ottenere dalla Società una proroga della presente assicurazione fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo 120. La Società s'impegna a prorogare l'assicurazione, per il periodo massimo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore ed il relativo rateo di premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dal ricevimento della relativa appendice ritenuta corretta. Qualora siano previsti in polizza limiti di indennizzo annuali, franchigie e quant'altro, gli stessi verranno ridotti in proporzione alla durata della proroga rispetto alla durata annuale, salvo diversi accordi fra le parti, intercorsi al momento della richiesta di proroga.

Intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1,

comma 13, DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012).

L'Amministrazione si riserva di recedere dal contratto qualora accerti la disponibilità di nuove convenzioni Consip o accordi quadro di centrali di committenza che rechino condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui l'impresa non sia disposta ad una revisione del prezzo in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 15 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite ed il 10% di quelle non ancora eseguite.

Art.4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza ancorché il premio venga versato entro i 60 giorni successivi al medesimo. I premi devono essere pagati alla Società Assicuratrice.

Anche le eventuali appendici comportanti un incasso del premio potranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione, da parte della Contraente del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

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

Resta convenuto che è considerata a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'atto che conferisce tale ordine al Servizio Tesoreria del Contraente a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati alla Società a mezzo raccomandata o fax o e-mail.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Ente, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008 risultasse un inadempimento a carico della/e Società assicuratrice/i la/e stessa/e si impegna/no a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

Art.5 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza (Sezione 4) ed è regolato, in attivo o passivo, 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, fermo il premio minimo eventualmente stabilito in polizza.

A tale scopo entro 180 giorni 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.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta 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 30 giorni dandone comunicazione scritta, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto od a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più conguaglio).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni trascorso il quale, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, la Società stessa non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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 - Recesso a seguito di sinistro

La Società e/o il Contraente hanno facoltà, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto dell'indennizzo, di comunicare il proprio recesso dal contratto rispettando comunque un termine di preavviso non inferiore a 120 giorni a decorrere dalla data di ricezione della raccomandata da parte del Contraente/Società. In caso di recesso da parte della Società, la stessa rimborserà al contraente i ratei di premio pagati e non goduti escluse le imposte

Qualora venga esercitato il diritto di recesso di cui al primo comma del presente articolo, la Contraente potrà

richiedere alla Società di recedere alla prima scadenza utile da tutti gli altri contratti assicurativi, tanto in qualità di Delegataria che di Coassicuratrice, che essa avesse in essere con la Contraente stessa mediante preavviso scritto da inviarsi almeno 120 giorni prima della scadenza del periodo assicurativo in corso di ciascun contratto.

Art.7 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Art.8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte tramite posta elettronica certificata od altro mezzo (fax, posta elettronica o simili) indirizzata alla Società anche tramite il Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art. 9 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.10 - Foro competente

Il Foro competente è esclusivamente quello ove ha sede la Contraente.

Resta escluso il ricorso all'arbitrato per la definizione delle controversie nascenti dal presente appalto. È vietato in ogni caso il compromesso.

Art.11 - 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.12 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.13 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società o l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto, con cadenza semestrale, si impegna a fornire al Contraente per il tramite del Broker dei tabulati contenenti i dati relativi all'andamento del rischio dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (excel)

Tali tabulati dovranno riportare per ciascun sinistro:

- numerazione attribuita alla pratica
- data di accadimento,
- estremi di controparte e/o assicurato
- stato di gestione del sinistro (aperto / riservato / liquidato / senza seguito)
- importo liquidato o posto a riserva

Si precisa in proposito che:

- i predetti tabulati dovranno essere forniti entro 30gg da ciascuna delle date sopra indicate, anche in assenza di formale richiesta scritta del Contraente e/o del Broker;
- in previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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;
- l'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

Art.14 - Coassicurazione e delega (opzionale)

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla

prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, compresa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato l'assistenza nella gestione del presente contratto ad Aon Spa, e le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente e degli Assicurati dalla Aon Spa la quale tratterà con l'impresa Delegataria informandone le Coassicuratrici.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti al Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune, fermo restando che tutti i documenti assicurativi (polizza/appendici) emessi dalla Delegataria dovranno essere sottoscritti anche da ciascuna coassicuratrice.

Art.15 - Clausola Broker

L'Assicurato dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon SpA in qualità di Broker, ai sensi del D. Lgs n. 209/05 e s.m.i.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

La Società, **i n o l t r e**, riconosce che il pagamento dei premi possa essere fatto tramite il Broker sopra designato e

riconosce che tale atto è liberatorio per l'Assicurato/Contraente.

Nella formulazione del premio la Società ha tenuto conto anche del costo della provvigione per il servizio di brokeraggio assicurativo, attualmente previsto nella misura 10,00% sul premio imponibile.

Art.16 – Rinvio alle norme di legge

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

Art.17 – Tracciabilità dei flussi finanziari

L'assicuratore assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto.

Ai fini della tracciabilità dei flussi finanziari gli strumenti di pagamento devono riportare nella causale il codice identificativo di gara (CIG) nr.

Qualora l'assicuratore non assolva agli obblighi previsti dall'art. 3 della Legge n. 136/2010 per la tracciabilità dei flussi finanziari relativi all'appalto, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 8 del medesimo art. 3.

L'appaltatore si impegna a dare immediata comunicazione alla stazione appaltante ed alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia di competenza della notizia dell'inadempimento della propria controparte (subappaltatore/subcontraente) agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

Art. 18 – Posta certificata

Qualora il Contraente lo richieda, La Società si obbliga all'attivazione di almeno una postazione munita di posta elettronica certificata per l'inoltro e/o ricezione delle comunicazioni relative alla gestione sinistri.

Art. 19 – Clausola OFAC

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di indennizzo o risarcimento o garantire alcuna indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni disposte ai sensi di Risoluzioni assunte dall'Organizzazione delle Nazioni Unite ("ONU"), oppure a sanzioni economiche o commerciali disposte da leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, compreso il rischio in itinere.

L'assicurazione vale altresì per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4 e 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 seguenti artt.6, 7, 8, 9 e 10 della presente Sezione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- contatto con corrosivi;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- 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 derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici, con l'esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo, rotture tendine sottocutanee da sforzo, strappi muscolari da sforzo;
- ernie traumatiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi.

Art.2 – Rimborso spese mediche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici e medico legali, esami di laboratorio e terapie fisiche, cure mediche e trattamenti riabilitativi, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e protesi oculari, nonché delle spese farmaceutiche e medicinali prescritti resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

Art.3 – Diaria per ricovero

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di degenza, 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 per gessatura

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 indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito, per ogni giorno di effettiva applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante equivalente.

Art.5 – Diaria per inabilità temporanea

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti un'inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 6 fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità.

Art.6 – Spese di trasporto a carattere sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto 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 auto-ambulanza.

Art.7 – Rientro sanitario

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di € 5.000,00, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

Art.8 – Rimpatrio salma (valido in Italia e all'Estero)

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente fino al luogo di sepoltura e fino alla concorrenza di € 5.000,00.

Art.9 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico al viso, 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 € 5.000,00 per evento.

Art.10 – 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 complessivamente per aeromobile:

- € 10.000.000,00 per il caso di invalidità permanente
- € 10.000.000,00 per il caso di morte

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.10 Bis – Limite per evento catastofale

In caso di infortunio che colpisse contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare € ~~10.000.000,00~~ **20.000.000,00**.

quale sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza e con eventuali altre stipulate per lo stesso rischio con l'infrascritta Società.

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

Art.11 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso ed i richiami per esercitazione, l'assicurazione resta valida ma con gli infortuni derivati dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi.

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 o altre forme previste dalla legge in materia.

Art.12 – Rischio guerra

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra dichiarata o 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 in un Paese sino ad allora non in stato di guerra.

Art. 13 – Rischio sportivo.

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport salvo quelli espressamente esclusi (Sezione 4, Art. 1)

Art. 14 – Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prestata fino alla concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di Euro 500.000,00 per Morte ed Euro 500.000,00 per Invalidità Permanente. La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto, non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'invalidità permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di invalidità permanente residuo.

SEZIONE 4 ESCLUSIONI

Art.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dall'art. 12 di sezione 3;
- b) dall'assunzione volontaria di alcolici, sostanze stupefacenti o allucinogeni, dall'abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico;
- c) da proprie azioni delittuose;
- d) da conseguenza diretta o indiretta di contaminazione chimica o biologica derivanti da atti di terrorismo o guerra;
- e) dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere;
- f) sono escluse le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile, nonché le conseguenze e gli eventi derivanti dal contagio da Sars-Cov 2, e malattia covid 19.

Art.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a settantacinque anni. Tuttavia, per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 5 GESTIONE DEI SINISTRI

Art.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 15° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

Successivamente 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, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

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

Art.2 – 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.P.R. del 30.06.1965 n.1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24.07.2000, 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 60%, 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 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.3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede ove ha sede il Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

Art.4 – Liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 60 giorni dal ricevimento di tali documenti.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (venti per cento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 60 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

Art.5 - 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.

SEZIONE 6 SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI E CALCOLO DEL PREMIO

ASSICURATI E SOMME ASSICURATE

Art.1.1 - Studenti e altri assicurati

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante la partecipazione alle attività istituzionali principali, secondarie e collegate del Contraente e per gli infortuni che l'Assicurato subisca per la partecipazione presso terzi, in tutto il mondo, ad attività autorizzate, organizzate e/o patrocinate dal Contraente stesso.

A puro titolo esemplificativo e non limitativo sono coperti gli infortuni:

- subiti durante la frequenza, permanenza e trasferimento da struttura a struttura presso l'Ateneo o qualsiasi altra struttura assimilabile e/collegata attraverso la quale si esplicano le attività istituzionale principali, secondarie e collegate del Contraente;
- subiti durante il tragitto per raggiungere le varie sedi dell'Ateneo e/o le strutture presso le quali vengono espletate le attività autorizzate, organizzate e/o patrocinate dal Contraente stesso e viceversa;
- subiti a seguito di partecipazione ad eventi, iniziative o manifestazioni comunque collegate alle attività istituzionali principali, secondarie e collegate del Contraente;
- attività didattiche (es. scavi subacquei, sportive, palio remiero/sfida remiera, sfilate) e similari.

Inoltre:

Per studenti con **premio su base annua** si intendono:

1)

Studenti dei corsi di laurea, di laurea specialistica/magistrale, di master, master universitario, di dottorato di ricerca, perfezionandi, tirocinanti e stagisti, specializzandi, borsisti dell'Ateneo o di ogni altro ente pubblico o di privati, laureati, cultori della materia, assegnisti di ricerca, dottori di ricerca, frequentatori, persone che a vario titolo operano come stagisti, visiting student, visiting professor, visiting researcher e più in generale tutti coloro che frequentano l'Ateneo a scopo didattico di apprendimento e formazione nonché collaboratori a qualsiasi titolo che svolgano la loro attività nell'ambito delle attività principali e secondarie dell'Università.

L'Ateneo è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai documenti di iscrizione e/o ai documenti che l'Ateneo si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e/o controlli.

Per altri assicurati con **premio su base giornaliera** si intendono:

2)

Studenti esterni all'Ateneo, loro accompagnatori e/o tutor, che partecipano a qualsiasi titolo alle manifestazioni e/o iniziative (Evento) di qualsiasi tipo dell'Ateneo stesso, **senza** obbligo da parte dell'Ateneo di comunicazione preventiva dei nominativi, ma **con** obbligo di comunicare preventivamente alla Società:

- la denominazione dell'Evento;
- la durata;
- il numero dei partecipanti;
- nominativi e datata di nascita dei partecipanti (facoltativo),

con pagamento del premio di copertura a fine periodo assicurativo, su regolazione premio come convenuto e regolamentato all'Art) 5 della Sezione 2 della presente polizza.

Resta inteso tra le Parti che la copertura assicurativa prestata con la presente polizza per questo tipo di categoria di assicurati, è efficace esclusivamente durante la partecipazione all'Evento.

3)

Studenti esterni all'Ateneo, loro accompagnatori e/o tutor, che partecipano a qualsiasi titolo, alle manifestazioni e/o iniziative (Evento) di qualsiasi tipo dell'Ateneo stesso, **con** obbligo da parte dell'Ateneo di comunicare preventivamente alla Società:

- la denominazione dell'Evento;
- la durata;
- il numero dei partecipanti;

- nominativi e data di nascita dei partecipanti

con pagamento del premio di copertura a fine periodo assicurativo, su regolazione premio come convenuto e regolamentato all'Art) 5 della Sezione 2 della presente polizza.

Resta inteso tra le parte che la copertura assicurativa prestata con la presente polizza per questo tipo di categoria di assicurati, deve intendersi **24 ore su 24**.

Garanzia	Somma assicurata procapite €
Caso Morte	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Rimborso spese mediche	15.000,00 20.000,00
Diaria per ricovero (max 300 gg per sinistro)	75,00
Diaria per gessatura (max 90 gg per sinistro)	75,00
Diaria per inabilità temporanea (max 180 gg per sinistro)	=====

Art.1.2- Infortuni conducenti veicoli privati

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dai dipendenti dell'Ateneo, comprese le persone non in diretto rapporto di dipendenza dello stesso ma della cui opera questo si avvalga, in occasione della guida di veicoli di proprietà dei soggetti sopra indicati dall'Università che svolga funzioni per essa stesso od in suo utilizzo, con esclusione dei veicoli che risultino intestati al P.R.A. a nome del Contraente o in locazione o comodato allo stesso.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

Garanzia	Somma assicurata Pro capite €
Caso Morte	150.000,00
Caso Invalidità Permanente	150.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	15.000,00 20.000,00

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Franchigia in caso di Invalidità Permanente valevoli per tutte le categorie assicurate

~~Qualora il grado di invalidità accertato ai sensi dell'Art. 2) Sezione 5, sia inferiore o pari a 33 (trentatré) punti percentuali della totale, verrà applicata una franchigia fissa pari a 3 (tre) punti percentuali; diversamente non verrà applicata alcuna franchigia.~~

~~Franchigia per Rimborso Spese Mediche da Infortunio valevoli per tutte le categorie assicurate~~

~~Franchigia € 75,00 per sinistro/assicurato. NON OPERANTE~~

CALCOLO DEL PREMIO

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella seguente tabella "scomposizione del premio" rappresentante il totale degli importi per singola categoria calcolati sulla base dei tassi e premi sotto riportati.

Al termine di ogni annualità la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dalla Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.5 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in base al numero degli assicurati ed altri elementi variabili riportati per ogni categoria all'art.1 della presente Sezione, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di numero di persone, veicoli assicurati, o qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Dato variabile	Premio lordo pro-capite/giornata.	Totale Euro
Art. 1.1 – Studenti 1	Numero assicurati	4.542	1,91	8.675,22

Università IUAV Venezia
Polizza Infortuni
n.409232441

Art. 1.1 – Studenti 2	Numero giornate	0	4,00	0
Art. 1.1 – Studenti 3	Numero giornate	0	4,00	0
Art. 1.2 - Conducenti	Chilometri	33.000	0,084	2.772,00

Art.3 – Riparto di coassicurazione

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.4 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme.

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.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ