

**COPERTURA ASSICURATIVA
INFORTUNI DEGLI STUDENTI, DEL PERSONALE
E ALTRI SOGGETTI
2021 – 2024**

polizza n. :	90104
validità:	dalle ore 00:00 del 01.04.2021 alle ore 24:00 del 31.12.2024
compagnia:	Poste Assicura S.p.A.
pec	

referente (gestione sinistri)	
	tel.
	mail

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Assicurato: il soggetto, persona fisica, il cui interesse è protetto dalla assicurazione;

Assicurazione: Il contratto di assicurazioni;

Attività dell'Ente: L'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, nonché di tutte le attività deliberate nel corso della durata del presente contratto di assicurazione, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Annualità assicurativa o periodo assicurativo: il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione;

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula la assicurazione;

Ente: Università di Pisa, Contraente della polizza;

Franchigia: la parte di danno che l'assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotta dall'indennizzo. Nel caso di franchigia assoluta gli importi di danno inferiori alla franchigia non sono rimborsabili e quelli superiori sono ridotti della misura della franchigia;

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio: l'evento avvenuto per causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche o oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure un'invalidità temporanea;

Invalidità permanente: la perdita della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale);

Inabilità temporanea: la perdita temporanea a seguito di infortunio generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato.

Liquidazione del danno: la determinazione della somma rimborsabile a titolo di indennizzo;

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: l'ospedale pubblico, clinica o casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero

di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla società;

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura, Ospedale o clinica;

Rischio professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile al rapporto lo svolgimento delle attività professionali e/o comunque riconducibile al rapporto con l'Ente;

Rischio extra-professionale: l'evento verificatosi durante o riconducibile a situazioni di tempo o di luogo che non possono essere ricondotte al rischio professionale.

Sinistro: l'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Società: L'impresa assicuratrice nonché le eventuali coassicuratrici o mandanti;

SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

La copertura assicurativa ha la durata indicata nel frontespizio di polizza (ove sono indicate anche le scadenze annuali intermedie) e non è prorogabile automaticamente.

È facoltà di ciascuna delle parti rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 130 (centotrenta) giorni prima di tale scadenza, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

È facoltà del Contraente notificare alla Società, entro i 30 (trenta) giorni antecedenti la scadenza del Contratto di assicurazione, la prosecuzione dello stesso alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi a tale scadenza, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

Art. 2: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Cod. Civ. si prende atto che la mancata o inesatta comunicazione da parte della Contraente di circostanze o di mutamenti che aggravino il rischio non comporterà l'annullamento del contratto, né la decadenza dal diritto all'indennizzo, né la riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione sempre che la Contraente non abbia agito con dolo.

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio sempre che tali circostanze o mutamenti non riguardino l'inclusione di tipologie di rischio diverse da quanto garantito dal presente contratto.

La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Art. 3: Coesistenza di altre assicurazioni

L'Ente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Ente e gli assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 Cod. Civ.; la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 4: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede dell'Ente.

Art. 5: Pagamento del premio - Termini di rispetto

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 Codice Civile, l'Ente pagherà alla Società:

- a. entro 30 (trenta) giorni dalla data di decorrenza della copertura, il premio di prima rata convenuto;
- b. entro i 90 (novanta) giorni successivi a ciascuna data di scadenza intermedia, il premio riferito al periodo assicurativo in corso;
- c. entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione dell'appendice:
 - o il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
 - o il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio (intendendo per tale il giorno in cui l'Ente comunica l'avvenuta ricezione da parte della propria Tesoreria dell'ordinativo di pagamento), ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

Art. 6: Forma delle comunicazioni – Gestione del contratto

La gestione e esecuzione del contratto è svolta direttamente dall'Ente con mezzi propri. Tutte le comunicazioni tra l'Ente e la Società riguardanti il contratto dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, telefax o PEC.

Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato all'azione di surroga che possa competerle ai sensi dell'art. 1916 del C.C.

Art. 8: Facoltà di recesso

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione l'Ente Contraente potrà recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. o PEC.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 (centoventi) giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dall'Ente); nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo, la Società rimborserà all'Ente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

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: Tracciabilità dei flussi finanziari

La Società assicuratrice e ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al presente contratto (cd filiera) sono impegnate a osservare gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 13 agosto 2010 n. 136 e s.m.i. .

I soggetti di cui al paragrafo che precede sono obbligati a comunicare alla Stazione appaltante gli estremi identificativi dei conti correnti bancari o postali dedicati, anche se in via non esclusiva, alle movimentazioni finanziarie relative al presente contratto, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al presente contratto dovranno avvenire – salve le deroghe previste dalla normativa sopra citata - tramite bonifico bancario o postale (Poste Italiane SpA) e riportare, relativamente a ciascuna transazione, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

Il mancato assolvimento degli obblighi previsti dall'art. 3 della citata Legge n. 136/2010 costituisce causa di risoluzione del contratto, ai sensi dell'art. 1456 cc e dell'art. 3, c. 8 della Legge.

SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Soggetti assicurati

Sono assicurati i soggetti rientranti nei gruppi, tra quelli di seguito elencati, richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

- 1.a) i dipendenti, responsabili di strutture scientifiche, didattiche e di servizio, dirigenti dell'Ente di ogni livello, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto, accessori;
- 1.b) i componenti (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali e Accademici;

- 2.a) gli studenti, i laureandi, gli studenti stranieri che in forza di scambi culturali di vario genere frequentano le strutture dell'Ente e che partecipano alle attività organizzate dall'Ente
- 2.b) i dottorandi, assegnisti di ricerca, titolari di borse di studio, frequentatori di master, i laureati frequentatori e altri assimilabili
- 2.c) i soggetti che partecipano alle attività organizzate dall'Ente per tirocinio, formazione, aggiornamento, perfezionamento, specializzazione,
- 2.d) i soggetti incaricati di svolgere prestazioni d'opera in favore di studenti portatori di handicap
- 2.e) i consulenti e tutti coloro che, a qualunque altro titolo, sono in rapporto con l'Ente. A puro titolo esemplificativo e non limitativo si citano:
 - i soggetti impegnati a vario titolo per conto o con l'Ente in attività di didattica e di ricerca, sia presso le sedi universitarie sia presso terzi;
 - cultori della materia e frequentatori;
 - studenti delle scuole secondarie che a vario titolo svolgono attività presso le sedi dell'Ente o da quest'ultimo organizzate;
 - studenti con lavoro part-time presso le strutture dell'Ente.

Art. 2: Oggetto dell'assicurazione

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte o una invalidità permanente assoluta o parziale, e/o esborsi per cure mediche, e/o ricoveri in istituti di cura, e/o applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno.

Art. 3: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa si riferisce, senza limiti territoriali, agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- a. di cui al punto 1) dell'art. Soggetti assicurati: in relazione alla guida di veicoli (a motore e non) di proprietà o in uso a qualunque titolo agli stessi o all'Ente, per motivi di servizio o in conseguenza dell'espletamento del loro mandato o a essi correlati; l'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile. In caso di utilizzo del veicolo per trasporto di persone inabili, le garanzie sono estese alle operazioni svolte

dal conducente e/o dai trasportati (che assumono limitatamente a queste operazioni la qualifica di assicurati) al fine di prelevare o consegnare le persone oggetto del trasporto;

- b. dagli assicurati di cui al punto 2), in occasione della frequentazione dell'Ente e partecipazione alle attività dello stesso, come anche nel corso delle attività da loro svolte in accordo e/o per l'Ente e/o autorizzate dall'Ente, anche al di fuori dell'Ente e presso terzi, compresa l'attività sportiva organizzata dall'Ente e/o svolta nell'ambito di accordi e convenzioni con altri soggetti e/o dal Centro Sportivo Universitario Pisa, compresa la partecipazione ad attività sportive nazionali, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture dell'Ente e le altre di svolgimento delle suddette attività, compresa la guida di veicoli per lo svolgimento delle attività sopra descritte;
- c. per entrambe le categorie di Soggetti assicurati e in aggiunta a quanto sopra, la copertura assicurativa è altresì operante per la garanzia "Rischio Volo" di cui al punto 5. dell'art. "Liquidazione del Danno" che segue.

Art. 4: Estensioni della copertura

L'assicurazione comprende anche – a titolo esemplificativo e non limitativo - gli infortuni conseguenti a o derivanti da:

- ◇ imprudenze e negligenze anche gravi
- ◇ malore ed incoscienza, purchè non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili volontariamente assorbite per scopi non terapeutici
- ◇ tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti e/o azioni coercitive di terzi qualunque ne sia il movente
- ◇ calamità naturali
- ◇ stati 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 degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora non in stato di guerra,

nonché':

- ◇ l'annegamento ed asfissia di natura accidentale
- ◇ l'avvelenamento da ingestione o l'assorbimento subitaneo di sostanze nocive
- ◇ il contatto con corrosivi
- ◇ le lesioni, compresa l'ernia ma esclusi gli infarti, determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico
- ◇ la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento
- ◇ le influenze termiche e atmosferiche
- ◇ i morsi di animali o punture di insetti
- ◇ la pratica di sports non a carattere professionale.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro 180 giorni dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purchè non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Art. 5: Liquidazione del danno – Franchigia - Massima esposizione della Società

1. In caso di infortunio mortale la Società liquiderà ai beneficiari (specificati dall'assicurato o, in mancanza, ai suoi eredi legittimi e/o testamentari) un importo pari a quello indicato nella scheda di conteggio del premio. In caso di morte presunta dell'assicurato, l'importo verrà liquidato dopo che siano trascorsi sei mesi dalla avvenuta presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta ai sensi degli artt. 60 e 62 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o di frequentazione o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.500,00 (euro duemilacinquecento/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà:

a) valutando il grado di invalidità tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65 e s.m.i., restando convenuto che:

a.1) qualora l'evento colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e parziale, la valutazione del grado di invalidità sarà determinata dal rapporto espresso da una frazione in cui il denominatore è rappresentato dal grado di integrità preesistente (100% detratta la percentuale di inabilità preesistente) ed il numeratore dalla differenza fra il grado di integrità preesistente ed il grado di integrità fisica residua dopo il verificarsi dell'evento,

a.2) qualora l'evento dannoso colpisca una persona la cui integrità fisica od attitudine al lavoro risultino ridotte per effetto di una preesistente inabilità fisica permanente e totale, l'invalidità sarà valutata in misura pari al grado di invalidità determinato con le modalità di cui al presente articolo, maggiorato del 50%.

In tali casi, il massimo grado di invalidità non potrà comunque superare la misura del 100%; per la determinazione del grado della eventuale invalidità preesistente (della cui preventiva denuncia l'Ente e l'assicurato sono esonerati) varrà, se posseduta, l'attestazione rilasciata dagli Enti assistenziali o previdenziali a carattere obbligatorio all'epoca intervenuti.

Nessuna franchigia verrà applicata.

- b) determinando e liquidando l'indennità applicando il grado di invalidità come sopra calcolato, all'importo indicato nella scheda di conteggio del premio.

La Società, qualora abbia liquidato o comunque offerto in misura determinata l'indennizzo per la invalidità permanente da infortunio e l'assicurato sia deceduto entro due anni dall'evento, ed in conseguenza di questo, pagherà agli aventi diritto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria, la differenza tra questo e l'indennizzo determinato per il caso di morte, se superiore, e nulla richiedendo in caso contrario.

3. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per questo caso, le spese sostenute quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
- ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
 - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
 - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
 - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
 - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
 - ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
 - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari.

Sono comprese le spese per cure, interventi chirurgici ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati da infortunio.

Qualora l'Assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito della organizzazione ospedaliera del luogo ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa inoltre fino alla concorrenza di euro 3.000,00 (euro tremila/00) le spese di trasferimento con il mezzo più idoneo al centro ospedaliero attrezzato per la cura dell'Assicurato più vicino alla sua residenza.

4. In caso di infortunio che richieda ricovero in istituto di cura e/o applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante esterno equivalente, fermo quanto previsto al punto 3., la Società corrisponderà la indennità giornaliera indicata, conteggiata a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si è verificato l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta dimissione o guarigione:
- per un massimo di 300 giorni (anche non consecutivi) in caso di ricovero
 - per un massimo di 100 giorni in caso di applicazione di gesso o tutore.

Se l'infortunio ha determinato anche spese mediche come identificate al paragrafo precedente, l'indennità giornaliera di cui al presente paragrafo, verrà corrisposta solo per la parte eventualmente eccedente le spese indennizzabili ai sensi del paragrafo 3.

5. In caso di infortunio subito in occasione di viaggio aereo (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per

attività turistica e di trasferimento, nonché' di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile 10 volte l'importo più elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati presenti a bordo dell'aeromobile; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Con riferimento a tale rischio aeronautico e a parziale deroga di quanto previsto all'art. Estensioni di copertura relativamente alla efficacia della stessa riguardante gli stati di guerra, si conviene tra le parti che la copertura assicurativa è efficace anche per i sorvoli e/o le soste non voluti dall'assicurato in zone in stato di guerra (per guasti, dirottamenti o altre circostanze similari).

Resta convenuto tra le parti che in caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente più assicurati, la massima esposizione della Società per ciascuna tipologia di indennizzo non potrà essere superiore complessivamente a 60 volte l'importo più elevato tra quelli previsti nella scheda di conteggio del premio relativi a tutti i gruppi di appartenenza degli assicurati coinvolti nel sinistro; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

Art. 6: Modalità per la liquidazione dell'indennità

La Società, ricevuto il certificato medico di guarigione o l'atto di morte, provvederà al pagamento delle indennità entro 30 giorni dal ricevimento di tali documenti.

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui all'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventiprocento), 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.

SEZIONE IV - CONDIZIONI OPERATIVE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1: Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi sofferti in conseguenza di:

- ◇ azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- ◇ trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività dell'Ente;
- ◇ guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. Estensioni della copertura;
- ◇ atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- ◇ abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- ◇ partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ◇ operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ◇ guida di mezzi di locomozione aerei;
- ◇ guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

Art. 2: Controversie sulla definizione del danno

La determinazione della natura delle lesioni e la valutazione delle conseguenze dannose attribuibili all'evento sono effettuate dalla Società e dall'assicurato. A tal fine la Società invierà a quest'ultimo una proposta di indennità.

Qualora l'assicurato non intenda accettare la proposta pervenuta, la valutazione delle conseguenze attribuibili all'evento verrà, su domanda dello stesso, deferita ad un collegio di tre periti nominati uno dalla Società assicuratrice, uno dall'assicurato ed il terzo in accordo fra i primi due o, in difetto, dal Presidente del Tribunale del Foro ove ha sede l'Ente. Il collegio peritale eleggerà la propria residenza presso la sede dell'Ente.

I periti, tenendo presenti le condizioni negoziali contenute nel presente contratto, decideranno a maggioranza.

La loro decisione sarà impegnativa per le parti ed inappellabile anche in eventuale mancanza di sottoscrizione del perito dissenziente.

Art. 3: Denuncia dei sinistri – Impegni della Società

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dall'Ente entro trenta giorni lavorativi da quando l'Ufficio Assicurazioni dello stesso ne sia venuto a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono, l'indicazione dei nominativi di eventuali testimoni, nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e sarà corredata delle certificazioni mediche e di ogni ulteriore documentazione necessaria.

L'assicurato o gli aventi diritto devono consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

Qualora l'evento abbia causato la morte dell'assicurato o quando questa intervenga durante il periodo di cura, deve esserne dato prima possibile avviso a mezzo telefax o posta elettronica alla Società.

Entro il 31 marzo e il 30 settembre di ciascun anno, la Società fornirà all'Ente un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, riportante:

- la numerazione attribuita
- la data di accadimento
- le sole iniziali dell'infortunato
- lo stato del sinistro
- l'importo stimato per la sua definizione, o
- l'importo liquidato
- nonché, qualora il sinistro sia stato respinto, i motivi della sua reiezione.

È facoltà dell'Ente richiedere ed obbligo della Società fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora l'Ente lo richieda.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno o PEC assegnando alla Società non oltre 10 giorni naturali e consecutivi per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di € 25,00 a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

Art. 4: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando i premi unitari convenuti per i numeri corrispondenti indicati alla voce "parametri di riferimento" nella scheda di conteggio del premio.

Il premio risulta costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del Contratto di Assicurazione, e da regolazioni annuali (attive o passive) calcolate sulla base dei dati consuntivi.

L'Ente fornirà quindi alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni periodo assicurativo, ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente, le variazioni numeriche intervenute.

Trascorso senza esito il termine sopra indicato, la Società è tenuta ad inviare una comunicazione scritta di sollecito; trascorsi senza esito anche i 30 giorni successivi al ricevimento di tale comunicazione, l'assicurazione resta sospesa nei confronti dell'Ente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati.

A polizza scaduta, la Società non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora nel corso dell'annualità assicurativa intervengano variazioni del numero di assicurati per inclusioni o esclusioni o per attivazione di gruppi di rischio previsti nella scheda di conteggio del premio, queste si intendono automaticamente efficaci ed assicurate senza l'obbligo della preventiva comunicazione e saranno soggette a conguaglio al termine dell'annualità stessa.

Per "parametri di riferimento" si intende il numero dei soggetti rientranti nei gruppi di rischio assicurati.

L'Ente è esonerato dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, l'Ente e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove l'Ente abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Art. 5: Partecipazione delle Società' – Associazione temporanea di imprese

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è effettuato dalle Compagnie assicuratrici componenti la Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Società Mandataria

Compagnia ... Società Mandante

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti l'Associazione Temporanea di Imprese.

La Società mandante riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti, nessuno escluso né eccettuato, compiuti dalla Società mandataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite del soggetto dalle stesse designato, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione alla Associazione Temporanea di Imprese:

Compagnia ... Quota xx% (Società Mandataria)

Compagnia ... Quota xx% (Società Mandante)

Art. 5 bis: Partecipazione delle Società' – Coassicurazione e Delega

(operante se del caso)

Il servizio assicurativo di cui alla presente polizza è ripartito per quote tra le Società di seguito indicate:

Compagnia ... Società Delegataria

Compagnia ... Società Coassicuratrice

Ciascuna delle Società costituenti il riparto è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il termine "Società" indica quindi tutte e ciascuna delle Compagnie assicuratrici costituenti il riparto di coassicurazione.

La Società coassicuratrice riconosce come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti, nessuno escluso né eccettuato, compiuti dalla Delegataria per conto comune.

Le Società convengono che l'incasso dei premi di polizza avverrà per il tramite della Società Delegataria, che provvederà a corrisponderlo a ciascuna Società secondo le rispettive quote percentuali di partecipazione:

Compagnia ... Quota xx% (Società Delegataria)

Compagnia ... Quota xx% (Società Coassicuratrice)

Art. 6: Trattamento dei dati

In base a quanto disposto dalla normativa vigente e dal disposto del regolamento dell'Unione Europea n° 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati), ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 7: Disposizione finale

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

La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla associazione temporanea di imprese o coassicurazione (se esistente).

CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

Destinatari della assicurazione	Capitali assicurati				Numero assicurati	Premio imp. unitario	Premio imp. totale
	Gruppi di appartenenza	caso morte	invalidità permanente	diaria ro o gesso			
1.a)	250.000,00	250.000,00	0,00	10.000,00	3.000	3,22	9.660,00
1.b)	250.000,00	250.000,00	0,00	10.000,00	65	3,22	209,30
						3,22	
2.a)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	54.000	3,22	173.880,00
2.b)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	2.900	3,22	9.338,00
2.c)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	890	3,22	2.865,80
2.d)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	15	3,28	49,20
2.e)	250.000,00	250.000,00	50,00	10.000,00	6.000	3,22	19.320,00
Totale premio imponibile annuo					euro		215.322,30
Imposte					euro		5.383,06
Totale premio lordo annuo					euro		220.705,36

PAGINA DA NON COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA
