



**UNIVERSITÀ degli STUDI “MAGNA GRÆCIA”
di CATANZARO**

**PROCEDURA APERTA
PER L’AFFIDAMENTO DEI SERVIZI ASSICURATIVI
DELL’UNIVERSITÀ DEGLI STUDI “MAGNA GRÆCIA” DI CATANZARO**

LOTTO N. 6 – CIG 7847523CD5

CAPITOLATO SPECIALE

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

DECORRENZA DEL CONTRATTO: ORE 24 DEL 31.07.2019

SCADENZA PRIMA RATA: ORE 24 DEL 31.07.2020

SCADENZA DEL CONTRATTO: ORE 24 DEL 31.07.2024



Indice

Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata.....	4
Art. 1 – Definizioni.....	4
Art. 2 - Soggetti assicurati	6
Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione	7
Art. 1 – Variazioni del rischio successivamente all’aggiudicazione del contratto.....	7
Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori	7
Art. 3 - Durata dell’assicurazione	7
Art. 4 – Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio	8
Art. 5 – Revisione del prezzo	9
Art. 6 – Recesso della Società.....	10
Art. 6.1 – Recesso per dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente	10
Art. 6.2 – Recesso per aggravamento del rischio	10
Art. 6.3 - Norme comuni in tutte le ipotesi di recesso.....	10
Art. 7 – Prova del contratto e modifiche dell’assicurazione	10
Art. 8 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	10
Art. 9 - Oneri fiscali.....	10
Art. 10 - Foro competente.....	11
Art. 11 - Interpretazione del contratto.....	11
Art. 12 – Ispezioni e verifiche della Società.....	11
Art. 13 - Assicurazione per conto di chi spetta – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	11
Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio	11
Art. 15 - Clausola Broker.....	12
Art. 16 – Obblighi inerenti la tracciabilità dei flussi finanziari in base alla l.n. 136/2010	12
Art. 17 - Rinvio alle norme di legge.....	13
Art. 18 – Rinuncia alla surrogazione.....	13
Art. 19- Trattamento dei dati	13
Art. 20 – Estensione territoriale	13
Art. 21 - Coassicurazione e Delega.....	13
Sezione 3 – Condizioni di assicurazione.....	14
Art.1 - Oggetto della copertura.....	14
Art.2 – Estensioni di garanzia	15



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

Art.3 – Esclusioni.....	18
Art.4 – Persone escluse dall’assicurazione o non assicurabili.....	19
Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni.....	20
Art.1 – Casi assicurati.....	20
Art. 2 - Denuncia del sinistro e relativi obblighi.....	21
Art.3 – Criteri di indennizzabilità.....	22
Art.4 – Controversie.....	22
Art.5 – Liquidazione dell’indennità.....	22
Art. 6 - Anticipo indennizzo.....	22
Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio.....	23
Art. 1 – Categorie assicurate.....	23
A. - <i>STUDENTI</i>	23
Art.2 – Franchigie (valide solo per la categorie A – Studenti) <i>VARIANTE</i>	24
Art. 3 – Calcolo del premio	25



Sezione 1 – Definizioni, soggetti e attività assicurata

ART. 1 – DEFINIZIONI

Le norme qui di seguito riportate annullano e sostituiscono integralmente tutte le eventuali condizioni riportate a stampa sui moduli della Compagnia Assicuratrice, eventualmente allegati alla polizza, che quindi devono intendersi annullate e prive di effetto. La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa vale pertanto solo quale presa d'atto del premio e dell'eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla Coassicurazione.

Annualità assicurativa:	Il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.
Assicurato:	Persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.
Assicurazione:	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari; in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Broker:	AON S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Comunicazioni	Tutte le comunicazioni effettuate per lettera raccomandata, alla quale sono parificati raccomandata a mano, telex, telegrammi, facsimile, PEC o altro mezzo documentabile.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Franchigia assoluta:	La parte di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità che non viene indennizzata. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto esclusivamente per la parte eccedente, decurtando dall'indennizzo quanto ricompreso nella franchigia.
Franchigia relativa:	La soglia di danno espressa in valore, giorni di inabilità o percentuale di invalidità al di sotto della quale il sinistro non viene indennizzato. Pertanto non si darà luogo ad indennizzo quando il danno risulta di grado pari o inferiore alla franchigia. Se invece il danno risulta superiore, l'indennizzo verrà corrisposto per l'intero senza deduzione di alcuna franchigia.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio o malattia, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

	abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Invalidità permanente:	La diminuzione 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 privata, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili
Massimale per anno:	La massima esposizione della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.
Massimale sinistro:	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Retribuzioni	Tutto quanto al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue retribuzioni (es. stipendio, altri elementi a carattere continuativo, provvigioni, premi di produzione, l'equivalente del vitto ed alloggio eventualmente dovuti al dirigente). Sono esclusi i rimborsi spese e emolumenti a carattere eccezionale. Come riferimento per la liquidazione dell'indennizzo, si considera retribuzione quella che l'infortunato ha percepito per i titoli di cui sopra nei dodici mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'assicurato non ha raggiunto il primo anno di servizio, si considera la retribuzione annua presunta spettante a norma del relativo contratto di lavoro previa richiesta di apposita certificazione del datore di lavoro.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura (pubblici, accreditati o privati, in Italia e all'estero) che comporti almeno un pernottamento.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Rischio in itinere:	La probabilità che il sinistro si verifichi durante il tragitto dalla dimora, anche occasionale, al luogo di lavoro e viceversa; nonché durante il tragitto da e verso altre sedi dove viene svolta l'attività, purché questi infortuni avvengano durante il compimento del



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

	percorso necessario con gli ordinari mezzi di locomozione, sia pubblici che privati.
Scoperto:	La parte di danno indennizzabile, espressa in percentuale, che resta a carico dell'assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

ART. 2 - SOGGETTI ASSICURATI

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie 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 della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate: per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento ai documenti depositati presso il Contraente. Il Contraente è inoltre esonerato dall'obbligo di notificare le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate.

In caso di errore od omissione, avvenuti in buona fede, e riguardanti l'inclusione in garanzia o la determinazione delle somme assicurate relativamente a singoli assicurati o a categorie di assicurati per i quali l'assicurazione con oneri a carico del Contraente è obbligatoria ai sensi di legge o di CCNL, le parti convengono che l'Assicurazione si intenderà comunque valida nei termini previsti dalla legge o dal CCNL, con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere il maggior premio dovuto a decorrere dall'inizio della copertura.



Sezione 2 – Condizioni generali di assicurazione

ART. 1 – VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALL’AGGIUDICAZIONE DEL CONTRATTO

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 2 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto 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 coperto di assicurazione sia dalla presente polizza sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C..

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C.

ART. 3 - DURATA DELL’ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata per la durata di anni 5 con effetto dalle ore 24.00 del 31/07/2019 e scadenza alle ore 24.00 del 31/07/2024.

Non è previsto il tacito rinnovo del contratto e pertanto l'assicurazione cesserà alla scadenza del 31/07/2024.

E' in ogni caso facoltà del Contraente, prima della scadenza del contratto, richiedere alla Società, la proroga della presente assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure d'aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo massimo di 180 (centottanta) giorni.

E' comunque nella facoltà delle Parti di rescindere la presente assicurazione al termine di ogni annualità mediante disdetta da inviare, tramite Raccomandata A/R o PEC (posta elettronica certificata) spedita almeno 120 (centoventi) giorni prima di ogni scadenza annuale.



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio che verrà conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

L'assicurazione cesserà automaticamente alla scadenza del periodo di proroga senza obbligo di disdetta.

ART. 4 – PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELLA GARANZIA E REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al 31/07/2019.

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza anche se il pagamento del primo premio potrà essere effettuato dalla Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza del contratto. Le rate di premio successive devono essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla decorrenza della rata successiva.

Il premio alla firma verrà corrisposto per il periodo 31.07.2019 al 31.07.2020 e le rate successive avranno frazionamento annuale con decorrenza 31.07.2020.

Se la Contraente non paga entro i termini precedentemente indicati, l'assicurazione resta sospesa e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Resta convenuto tra le Parti che, per tutti i pagamenti relativi alla presente polizza, è considerata, a tutti gli effetti, come data di avvenuto pagamento, a prescindere da quando materialmente sarà accreditato il premio, quella dell'emissione del mandato di pagamento al Servizio di Tesoreria del Contraente, che metterà a disposizione della Società copia di detto mandato a seguito di semplice richiesta da parte della Società stessa.

I premi potranno essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, anche per il tramite del broker.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile.

Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza 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 come base per il conteggio del premio fermo il premio minimo pari al 75% del premio annuo lordo complessivo anticipato.

A tale scopo entro 120 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo come previsto alla Sezione 5 art. 3 Calcolo del premio.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della comunicazione preventiva delle applicazioni di garanzia intervenute nel corso dell'anno e pertanto le stesse si intendono automaticamente comprese: a tale proposito fanno fede i documenti ufficiali che il Contraente si impegna ad esibire in qualsiasi momento a seguito di espressa richiesta della Società.



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

Le differenze attive e passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione emessa dalla Società e formalmente ritenuta corretta.

Se il Contraente non effettua nei termini previsti il pagamento del conguaglio, la Società deve fissargli mediante formale atto di messa in mora un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, 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 il conguaglio e la garanzia resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai 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 il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione).

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata 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:

- a) l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata 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.
- b) Il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis 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. 5 – REVISIONE DEL PREZZO

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - “Variazioni del rischio successivamente all'aggiudicazione del contratto”, ovvero nel caso in cui l'ammontare dei sinistri pagati dalla Società sommato al computo degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri non ancora pagati, risulti eccedere, alla data della richiesta, l'ammontare del premio, al netto delle imposte, pagato dal Contraente o oggetto di regolazione per il medesimo periodo di oltre il 20%, la Società, decorsi almeno 180 giorni dall'inizio dell'Assicurazione, potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. n. 50/2016, la modifica delle condizioni di premio in misura massima pari all'eccedenza riscontrata, ma non oltre il 50% del premio originario.

A tal fine si precisa che, ai soli fini del calcolo revisionale, nel rapporto sinistri a premi di cui al precedente comma, verrà computato solo il 75% degli importi posti a riserva dalla Società per i sinistri riservati e non ancora pagati.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 “Pagamento del premio, decorrenza della garanzia e regolazione del premio”.



ART. 6 – RECESSO DELLA SOCIETÀ

La Società ha diritto di recedere dal contratto esclusivamente nei seguenti casi con le modalità di seguito indicate:

ART. 6.1 – RECESSO PER DICHIARAZIONI INESATTE O RETICENZE DEL CONTRAENTE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, consentono, qualora il contraente abbia agito senza dolo o colpa grave, alla Società di recedere dal contratto stesso con un preavviso non inferiore a 120 giorni, mediante dichiarazione da inviare dalla Società al Contraente entro e non oltre tre mesi dal giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Nella fattispecie di cui al precedente comma, qualora si verifichi un sinistro prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che questa abbia dichiarato di recedere dal contratto, la Società è comunque tenuta, in deroga a quanto previsto dal comma 2 dell'art. 1893 c.c., al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 6.2 – RECESSO PER AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Dopo il trentesimo giorno successivo alla proposta di cui all'art. 5 “Revisione del prezzo”, presentata dalla Società, ovvero al termine della trattativa instaurata ai sensi del comma 2 del medesimo articolo, in caso di mancato accordo tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione con preavviso non inferiore a 120 giorni, da comunicarsi al Contraente tramite Raccomandata AR (posta elettronica certificata).

ART. 6.3 - NORME COMUNI IN TUTTE LE IPOTESI DI RECESSO

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

In tutte le ipotesi di recesso, come disciplinate agli art. 6.1 e 6.2, la Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. 14 – “Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio” necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

ART. 7 – PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

La Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto. Eventuali variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, fermo restando il pagamento del relativo premio entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione formalmente ritenuta corretta.

ART. 8 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili) indirizzata alla Società oppure al 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 sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.



ART. 10 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

ART. 11 - INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene fra le Parti che, in caso di dubbio nell'interpretazione anche di una delle condizioni di polizza, si dovrà intendere che le stesse devono interpretarsi in senso conforme a quello in cui tali condizioni possano essere ritenute legittime e non contrarie a disposizione di legge; in ogni caso, verrà data l'interpretazione più estensiva e più favorevole all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di polizza.

ART. 12 – ISPEZIONI E VERIFICHE DELLA SOCIETÀ

La Società ha sempre il diritto di ispezionare il rischio, visitando e verificando gli enti assicurati, potendo accedere, a mero titolo esemplificativo e non esaustivo, a beni mobili ed immobili, luoghi, libri e registri, documenti amministrativi, ogni altro documento probatorio, atti e contratti. L'Assicurato ha l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. Tutti gli oneri relativi a tali ispezioni sono posti per intero a carico della Società. Le ispezioni possono essere effettuate da personale dipendente della Società ovvero da soggetti terzi da essa incaricati, in quest'ultimo caso previo benestare dell'Assicurato.

ART. 13 - ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA – TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta, fermo restando che il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvo quelli che, per loro natura, non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

ART. 14 - OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO-

la Società:

1. entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati

si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel[®] o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio dei sinistri, aggiornato a non oltre i 60 giorni precedenti, così articolato:

sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- a) sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- b) sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- d) sinistri senza seguito;
- e) sinistri respinti.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

- la impegnano a redigere il documento di cui sopra secondo un'accurata ed aggiornata informativa;
- rappresentano un insieme di obbligazioni considerate essenziali per la stipulazione ed esecuzione del presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

ART. 15 - CLAUSOLA BROKER

L'Ente Contraente dichiara di avere affidato la gestione del contratto alla AON S.p.A., in qualità di Broker ai sensi del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i., con sede operativa a Roma, Via Cristoforo Colombo, 149 - Tel. 06 772761 Fax: 06 77276275.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta agli Assicuratori stessi e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker agli Assicuratori si intenderà come fatta dal Contraente stesso. Gli Assicuratori inoltre riconoscono che il pagamento dei premi fatto per il tramite del Broker sopra designato è liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico. Il Broker tratterrà all'atto della rimessa dei premi alla Società le commissioni di spettanza nella misura del 3,75% (tre virgolasettantacinque per cento) sul premio imponibile.

Qualora il contratto stipulato dal Contraente con il predetto Broker per il servizio di brokeraggio dovesse concludersi nel corso della validità della presente polizza, il Contraente comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di brokeraggio, nonché le condizioni praticate da quest'ultimo per l'eventuale periodo poliennale residuo.

Parimenti, il corrispettivo per il servizio di brokeraggio corrisposto dalla Società spetterà al Broker subentrante a far tempo dalla prima scadenza successiva della polizza medesima rispetto alla data di subentro formale del nuovo Broker nella titolarità dell'appalto, senza che la Società od il Broker cessante possano opporre eccezione alcuna.

ART. 16 – OBBLIGHI INERENTI LA TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI IN BASE ALLA L.N. 136/2010

La Società appaltatrice è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010.

Nel caso in cui la Società, nei rapporti nascenti con i propri eventuali subappaltatori, subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, abbia notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui all'art. 3 della legge n. 136/2010 ne dà immediata comunicazione alla Stazione Appaltante ed alla Prefettura- Ufficio territoriale del Governo della Provincia ove ha sede la Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari.



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

La Società s’impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Secondo quanto previsto dall’art. 3 comma 9 bis della legge n. 136/2010, il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni, nelle transazioni finanziarie relative a pagamenti effettuati dagli appaltatori, subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all’espletamento del presente appalto di servizi, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell’art. 1456 c.c.. La risoluzione si verifica quando la parte interessata dichiara all’altra che intende valersi della presente clausola risolutiva. La risoluzione, in base all’art. 1458 c.c., non si estende alle obbligazioni della Società derivanti da sinistri verificatisi antecedentemente alla risoluzione del contratto.

ART. 17 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 18 – RINUNCIA ALLA SURROGAZIONE

La Società rinuncia a favore dell’Assicurato e dei suoi aventi diritto all’azione di surrogazione che potesse competerle per l’art.1916 C.C. verso i responsabili dell’infortunio.

ART. 19- TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi del D.lgs. 196/2003, ciascuna delle parti (Contraente, Assicurato, Società, Broker) consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

ART. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L’Assicurazione, per i casi di morte ed invalidità permanente, vale per il mondo intero. Fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia.

ART. 21 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l’assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Società ai sensi dell’art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell’Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell’Assicurazione.

La Spettabile, all’uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a:

- firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto,
- incassare i premi dell’Assicurazione e pagare gli indennizzi,
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all’Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso.

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

Resta inteso che al pagamento dell’indennizzo, in virtù della disposizione suindicata, sono obbligate solidalmente tutte le Imprese Coassicurate, per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



Sezione 3 – Condizioni di assicurazione

ART.1 - OGGETTO DELLA COPERTURA

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso, compreso il rischio *in itinere*, e che abbiano per conseguenza la morte o un'inabilità permanente o una inabilità temporanea.

Si conviene che l'Assicurazione vale altresì nello svolgimento di ogni altra attività svolta dall'Assicurato senza carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- c) gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- d) ustioni in genere, nonché il contatto con corrosivi;
- e) le affezioni conseguenti a morsi di animali o a punture di insetti o aracnidi;
- f) l'annegamento;
- g) l'assideramento o congelamento;
- h) la folgorazione;
- i) i colpi di sole o di calore o di freddo;
- j) le ernie traumatiche e le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- k) gli infortuni derivanti da aggressioni e violenze in genere;
- l) gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, uso di armi anche non convenzionali, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- m) gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza o conseguenti a vertigini;
- n) gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi dell'Assicurato;
- o) gli infortuni derivanti dall'uso o guida di cicli, 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 abilitazione alla guida medesima;
- p) gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, straripamenti, maree, mareggiate, neve, valanghe, slavine, grandine;
- q) gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- r) gli infortuni derivanti da abuso di alcolici. Tale estensione di garanzia non si applica ai soggetti Assicurati durante lo svolgimento delle proprie mansioni professionali per conto



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

della Contraente, ed in ogni caso non si applica a tutti i soggetti Assicurati, per gli infortuni subiti alla guida di veicoli a motore e/o natanti in genere;

- s) gli infortuni subiti nel corso di partecipazione a seguito di mobilitazione o per adesione volontaria al servizio di protezione civile;
- t) gli infortuni conseguenti a colpi di sonno;
- u) gli infortuni e le malattie professionali conseguenti all'uso e/o detenzione a scopo diagnostico e terapeutico di sostanze radioattive naturali o artificiali;
- v) le infezioni (malattie virali, infezioni, epatite, H.I.V., AIDS e simili) conseguenti a trauma e/o contatto subito durante l'attività svolta per conto del Contraente.

Per quanto riguarda gli Assicurati appartenenti alla categoria Studenti si intendono compresi in garanzia gli infortuni:

- derivanti da attività didattica e/o di ricerca a carattere scientifico; la garanzia si estende alle infezioni microbiche e parassitarie, nonché agli assorbimenti violenti di gas tossici anche se non conseguenti a trauma ed anche quando non si sia verificato contatto accidentale e visibile con sostanze infette, subiti dagli assicurati in servizio o per causa di servizio;
- che siano conseguenza diretta ed accidentale dell'esposizione a materiali e sostanze radioattive utilizzate dal Contraente e/o dagli Assicurati per svolgere l'attività didattica; la validità dell'assicurazione è subordinata al fatto che le condizioni di lavoro degli assicurati si svolgano in ambienti dove sono rispettate tutte le disposizioni di legge in materia;
- durante lo spostamento con mezzi privati e/o pubblici o mezzi utilizzati ai fini istituzionali (treni, aerei, elicotteri, natanti di vario tipo, automezzi, ect.);
- gli infortuni derivanti dallo svolgimento di attività motoria, di qualsiasi tipo, che rientri nel curriculum formativo dei corsi di laurea che prevedono tali attività (lezioni, esercitazioni, tirocinio, etc.) o dalla partecipazione della Contraente a manifestazioni sportive quali gare, tornei, meeting, etc., sempre nell'ambito dell'attività formativa dei corsi di laurea che prevedono le attività motorie nel curriculum formativo

ART.2 – ESTENSIONI DI GARANZIA

A. 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.

B. 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.

C. 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 ciò fino alla concorrenza di € 5.000.00.



D. Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, 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 € 10.000,00 per evento.

E. 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. Agli effetti della garanzia il viaggio aereo si intende iniziato nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

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 le somme assicurate:

per persona:

- € 1.500.000,00 per il caso di Morte
- € 1.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 250,00 per il caso di Inabilità Temporanea

per aeromobile:

- € 15.000.000,00 per il caso di Morte
- € 15.000.000,00 per il caso di Invalidità Permanente
- € 5.000,00 per il caso di Inabilità Temporanea

In detta limitazione per aeromobile rientrano i capitali riferentesi ad eventuali altre persone assicurate per lo 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.

F. 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 l'esclusione degli 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.

G. Rischio guerra



A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato “Esclusioni”, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), 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.

H. Rischio sportivo

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quelli elencati nell'articolo denominato “Esclusioni”.

I. Malattie tropicali

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere: Amebiasi, Bilharziosi, Dermotifo, Dissenteria batterica, Febbre itteroemoglobinurica, Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica perniciosa. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia. Per tale estensione di garanzia la somma assicurata per la Invalidità Permanente si intende stabilita in € 250.000,00.

J. Malattie contratte in servizio e per cause di servizio

L'assicurazione viene estesa alle malattie riconosciute come professionali e/o contratte in servizio e per cause di servizio che abbiano per conseguenza la morte e l'invalidità permanente.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia insorga nel corso del rapporto assicurativo e si manifesti entro un anno dalla data di cessazione del rapporto stesso. Sono escluse dalla garanzia le nevrosi, le malattie mentali, quelle tubercolari e quelle che sono conseguenza diretta o indiretta di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. L'Assicurazione è soggetta all'applicazione di una franchigia relativa del 15%: resta pertanto convenuto che non si farà luogo ad indennizzo per l'Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 15% della totale; se invece l'Invalidità Permanente supera il 15% della totale, l'indennizzo verrà liquidato secondo quanto previsto dalle condizioni di polizza. Il periodo massimo utile per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma della presente estensione, viene fissato in due anni dalla denuncia della malattia.

K. Responsabilità del contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte i beneficiari o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi del presente contratto e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, su richiesta della Contraente stessa, detta indennità viene accantonata nella sua totalità.

L'indennità accantonata viene pagata qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti ovvero a seguito di transazione o a seguito di composizione della controversia.



L. Commorienza

Qualora lo stesso evento provochi la morte, oltre che dell'Assicurato, anche del coniuge e risultino beneficiari dell'Assicurazione figli di minore età o comunque studenti in regolare corso del piano di studi, l'indennizzo ad essi spettante si intende raddoppiato. Il maggiore esborso a carico della Società per effetto della presente estensione di garanzia non potrà comunque superare € 500.000,00.

M. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto a tale proposito all'Art 1 (Oggetto della copertura), si conviene che l'assicurazione comprende, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea, ove prevista, le ernie da causa violenta, con l'intesa che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto l'indennizzo per il solo caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- nel caso di ernia addominale non operabile secondo parere medico, viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata;

Qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico, di cui all'Art. 4 - Controversie – della Sezione 4.

ART.3 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata, salvo quanto previsto all'articolo denominato “Rischio guerra”;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'articolo denominato “Rischio Aeronautico”;
3. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non rese necessarie da infortunio indennizzabile;
4. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
5. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
6. da stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
7. alla guida di veicoli o natanti a motore in genere qualora non sia mai stata conseguita la relativa abilitazione alla guida;
8. in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
9. dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo e sport aerei in genere, immersioni con autorespiratore, gare con utilizzo di veicoli o natanti a motore (salvo i raduni automobilistici e gare di regolarità pura) nonché relative prove ed allenamenti, alpinismo e arrampicata libera oltre il terzo grado eseguiti senza accompagnamento di Guida professionista,



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

Istruttore del Club Alpino Italiano o comunque riconosciuto da altro Club Alpino Nazionale.

ART.4 – PERSONE ESCLUSE DALL’ASSICURAZIONE O NON ASSICURABILI

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. le persone di età superiore a ottant’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 in contrario 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 e tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.



Sezione 4 – Operatività della polizza infortuni

ART.1 – CASI ASSICURATI

L'assicurazione vale per i casi assicurati di seguito elencati. A ciascun caso assicurato si applicano le somme assicurate rispettivamente previste per ciascuna categoria di assicurati come previsto nella successiva Sezione 5.

A. MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, 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'evento. Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato.

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.

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.

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.

C. INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente dell'Assicurato e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'evento 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, in caso di infortunio, 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.



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

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 50%, 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. DIARIA DA RICOVERO

Se l'infortunio ha per conseguenza un ricovero in Istituto di Cura, in Italia o all'Estero, la Società corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per un periodo massimo di trecento giorni, su presentazione di cartella clinica.

E. RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, accertamenti medico legali, terapie fisiche e trattamenti riabilitativi, acquisto di farmaci, tutori, presidi e protesi ortopediche ed oculari, cure odontoiatriche compresa la sola prima protesi.

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. 2 - 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 60° (sessantesimo) 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.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro 15 giorni dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato.



CAPITOLATO SPECIALE – lotto 6 – Polizza di Assicurazione infortuni

La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono la presente polizza ed a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

ART.3 – 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.

ART.4 – 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 l'Assicurato/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 rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART.5 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITÀ

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

ART. 6 - ANTICIPO INDENNIZZO

In caso di infortunio che provochi un'invalidità permanente sicuramente superiore al 30%, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un anticipo indennizzo.

Tale richiesta può essere presentata trascorsi almeno 30 giorni dall'inoltro della denuncia di infortunio e la Società, entro i 90 giorni successivi, provvederà ad erogare un importo pari al 50% della somma che, sulla base delle stime preliminari effettuate dai medici, risulterà al momento liquidabile. Quando esistono giustificati dubbi sull'entità o sull'indennizzabilità del danno non si potrà dare luogo all'erogazione di anticipi. L'importo degli eventuali anticipi erogati verrà detratto dalla liquidazione definitiva del danno.



Sezione 5– Categorie, somme assicurate, franchigia, scoperti e calcolo del premio

ART. 1 – CATEGORIE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate e per i rischi, le garanzie, somme assicurate e massimali specificamente indicati.

Si conviene che per l'identificazione degli Assicurati e della loro effettivo mandato/funzione/carica faranno fede gli apposti atti del Contraente.

A. STUDENTI

La presente assicurazione è operante per gli infortuni che le seguenti categorie di soggetti e le eventuali ulteriori figure simili che potranno essere previste in futuro, subiscano durante la partecipazione all'attività istituzionalmente organizzata dal Contraente o preventivamente autorizzata dai responsabili didattici e di struttura del Contraente, comprese le attività svolte all'estero: studenti dei corsi di laurea, di master, di dottorato, di specializzazione, di perfezionamento, tirocinandi, dottorandi di ricerca, titolari di borse di studio ed assegni di ricerca, stagisti, dell'Ateneo o di ogni altro ente pubblico o di privati, frequentanti, collaboratori a qualsiasi titolo che svolgano la loro attività nell'ambito delle attività principali e secondarie dell'Università, sia in sede che presso ogni altro organismo pubblico o privato in tutto il mondo, specializzandi di medicina e chirurgia; Sono considerati assicurati, tutti coloro che, nell'ambito del programma Socrates/Erasmus, svolgono periodi di studio presso le Università degli Studi aderenti alla "Carta Universitaria Erasmus", durante lo svolgimento del periodo di studio, ivi compresi i trasferimenti da e per il luogo di svolgimento; parimenti saranno considerati assicurati gli studenti provenienti dalle altre Università, ospitati presso l'Università degli Studi Magna Græcia; tutti i soggetti, non precedentemente menzionati, autorizzati dal Contraente a partecipare, a qualsiasi titolo, alle attività didattiche, di ricerca, di formazione, ricreative e sportive e comunque ad ogni attività di fatto svolta con ogni mezzo ritenuto utile e/o necessario.

A puro titolo esemplificativo e non limitativo si ritengono coperti gli infortuni subiti durante la frequenza, permanenza e trasferimento da struttura a struttura presso l'Ateneo od Aziende pubbliche e/o private per il diritto allo Studio Universitario, presso gli alloggi Universitari, compresa la partecipazione ad iniziative o manifestazioni anche ricreative o sportive; rientrano in garanzia inoltre tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili o collegate, od attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Università in tutto il mondo.

Vengono equiparati alla categoria studenti, e pertanto risultano assicurati a tutti gli effetti, i titolari di contratti ex. Artt. 25, 26, 28, 100 D.P.R. 11.07.1980 n.382.

Al fine della copertura assicurativa di tutti i soggetti assicurati, faranno fede gli atti depositati presso l'Amministrazione Universitaria; pertanto il Contraente non effettuerà alcuna comunicazione alla Società circa l'identità dei soggetti assicurati. In caso di necessità tali atti saranno trasmessi dall'Amministrazione Universitaria alla Società su espressa richiesta della stessa.



Somme assicurate **VARIANTE**

Garanzia	Somme Assicurate
Morte	€ 250.000,00
Invalidità permanente	€ 300.000,00
Rimborso spese mediche da infortunio	€ 10.000,00
Diaria da ricovero	€ 100,00

ART.2 – FRANCHIGIE VARIANTE

- Se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente, la Società liquida in percentuale sulla somma assicurata come segue:
 - sulla somma assicurata fino a Euro 300.000,00 non si farà luogo ad indennizzo per il caso di Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 3% dell'invalidità permanente totale, nel caso in cui l'invalidità permanente risulterà superiore al 20%, l'indennità sarà riconosciuta senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Rimborso spese mediche: uno scoperto del 10% ed un minimo di € 25,00



UNIVERSITÀ degli STUDI “MAGNA GRÆCIA” di CATANZARO

ART. 3 – CALCOLO DEL PREMIO

Il premio, finito di accessori e imposte, risulta così determinato

Cat.ria	Descrizione	Morte	Invalidità permanente	Rimborso spese mediche	Diaria da ricovero	Parametro	Premio per parametro	Premio complessivo
A)	Studenti	€ 250.000,00	€ 300.000,00	€ 10.000,00	€ 100,00	n° 10.000 assicurati	€	€
TOTALE								€

SCOMPOSIZIONE DEL PREMIO

Premio annuo imponibile	€
Imposte	€
Totale	€

Il Contraente

La Società

.....

.....