

POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI**CODICE CIG: B8A9CC67C3****La presente polizza è stipulata tra**

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PAVIA
Corso Strada Nuova, 65
27100 Pavia
Partita IVA: 00462870189

e

ITAS MUTUA
Piazza delle Donne Lavoratrici, 2
38122 - TRENTO (TN)
C.F./P. IVA 00110750221

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del:	31.12.2025
Alle ore 24.00 del:	31.12.2030

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati:

Alle ore 24.00 del 31.12 di ogni	anno
---	-------------

SCHEDA DI POLIZZA	3
SEZIONE 1 DEFINIZIONI	4
SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	6
SEZIONE 3 SOGGETTI ASSICURATI E GARANZIE PRESTATE	11
ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	11
ART. 2 - CATEGORIE SOGGETTI ASSICURATI	11
ART. 3 - ERNIE E SFORZI	13
ART. 4 - TRASPORTI	14
ART. 5 - RISCHIO VOLO	14
ART. 6 - ESTENSIONI PARTICOLARI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	14
ART. 7 - LIMITI TERRITORIALI	14
ART. 8 - ESCLUSIONI	15
ART. 9 - MORTE	15
ART. 10 - MORTE PRESUNTA	15
ART. 11 - INVALIDITÀ PERMANENTE	15
ART. 12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE	16
ART. 13 - ESTENSIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	16
ART. 14 - INDENNITÀ SPECIALE PER MENOMAZIONI ESTETICHE	16
ART. 15 - RIMBORSO SPESE SANITARIE E DI TRASFERIMENTO IN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO	16
ART. 16 - DIARIA DA RICOVERO	16
ART.17 - RIMPATRIO DELLA SALMA	16
ART. 18- RIENTRO SANITARIO	17
SEZIONE 4 CONTEGGIO E REGOLAZIONE PREMIO	18
ART. 1 - CONTEGGIO DEL PREMIO	18
ART. 2 - REGOLAZIONE PREMIO	18
ART. 3 - PRECISAZIONE SUL CONTEGGIO DEGLI ASSICURATI	19
SEZIONE 5 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO	20
ART. 1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO	20
ART. 2 - LIQUIDAZIONE	20
ART. 3 - ANTICIPI	20
ART. 4 - CONTROVERSIE	20
ART. 5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA	20

SCHEDA DI POLIZZA	
NUMERO DI POLIZZA	M16551657
CONTRAENTE	Università di Pavia
SEDE LEGALE	Corso Strada Nuova, 65 - 27100 Pavia
CODICE FISCALE / PARTITA I.V.A.	Codice Fiscale: 80007270186 Partita IVA: 00462870189
ATTIVITÀ SVOLTA	
DURATA DI POLIZZA	Effetto: dalle ore 24 del 31.12.2025 Scadenza: alle ore 24 del 31.12.2030
PRIMO PERIODO DI ASSICURAZIONE	dalle ore 24 del 31.12.2025 alle ore 24 del 31.12.2026
RATE SUCCESSIVE	Annuali dal 31.12.2026
PREMIO IMPONIBILE ANNUO	€70.092,68
IMPOSTE	€1.752,32
PREMIO LORDO ANNUO	€71.845,00
FRAZIONAMENTO	Annuale
BROKER – INTERMEDIARIO	il Broker al quale, per incarico conferito dalla Contraente, è affidata la gestione e l'esecuzione dell'assicurazione
CORRISPONDENTE/COVERHOLDER	
Il presente contratto, emesso a seguito di procedura per l'affidamento dei servizi assicurativi indetta dal Contraente a conclusione della quale è risultata aggiudicataria la Società Itas Mutua è regolato: ✓ dal frontespizio di polizza e dalla <i>SCHEDA DI POLIZZA</i> riportanti i dati essenziali del contratto; ✓ dal capitolato speciale di appalto, che si riporta integralmente in allegato; ✓ dalle varianti al capitolato speciale d'appalto presentate in sede di offerta, approvate dal Contraente, che modificano le disposizioni al capitolato stesso e che si riportano integralmente in allegato.	

SEZIONE 1 DEFINIZIONI

Annualità assicurativa o periodo assicurativo	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione annuale dell'assicurazione.
Assicurato	La persona fisica beneficiaria delle prestazioni contemplate dalla copertura.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione contenente le garanzie prestate a termini di polizza.
Beneficiario	Il soggetto o i soggetti ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo.
Broker – Intermediario	Aon S.p.A., impresa di brokeraggio assicurativo alla quale, per incarico conferito dal Contraente, è affidata la gestione dell'assicurazione.
Capitale assicurato	Il massimo esborso della Società per ogni persona assicurata e relativo indennizzo della prestazione garantita.
Contraente	Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione in nome proprio e nell'interesse di chi spetta.
Dipendente	Il soggetto collegato al Contraente da un rapporto di impiego, cioè il personale compreso e non compreso nell'assicurazione obbligatoria per gli infortuni sul lavoro (INAIL). In particolare, le persone che hanno con l'assicurato un rapporto di lavoro subordinato, parasubordinato, oppure che, pur non essendo in rapporto di dipendenza, siano incaricate o autorizzate a partecipare ad attività o lavori per conto del Contraente.
Franchigia	La parte di danno che non è indennizzata.
Indennizzo (risarcimento)	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali o secondarie dichiarate.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, che abbiano per conseguenza morte e/o invalidità permanente e/o inabilità temporanea.
Invalidità permanente	La perdita definitiva, a seguito di infortunio o di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
IPM	Invalidità permanente da malattia
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale	La massima esposizione della Società per ogni sinistro.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.
Rischio extra professionale	Gli eventi che si verificano nello svolgimento di qualsiasi attività non avente carattere professionale, inerente le occupazioni familiari, il tempo libero, la pratica di hobby e in genere di qualsiasi manifestazione della vita quotidiana.
Rischio in itinere	Infortunio che si verifichi a causa e/o in occasione di tutti i trasferimenti, con qualsiasi mezzo di locomozione (compresa anche la salita e la discesa dai mezzi stessi e gli infortuni subiti dagli assicurati mentre attendono, in caso di fermata del mezzo, alle operazioni necessarie per la ripresa dalla marcia) e anche a piedi, dall'abitazione (abituale od occasionale) dell'assicurato e il luogo di lavoro (abituale od occasionale), ove si rechi a svolgere attività, mansioni o

	incarichi per conto del Contraente, e viceversa. La definizione di "itinere" comprende, a titolo esemplificativo ma non limitativo, il tragitto: dalla dimora abituale al lavoro e viceversa (sia prima e dopo l'orario di lavoro, che durante la pausa pranzo); dal luogo di lavoro ai luoghi di ristoro per consumare il pranzo e per il pernottamento (diversa dalla dimora abituale), e viceversa; dalla dimora abituale e/o dal luogo di lavoro ad altro luogo se il lavoratore presta servizio presso società o entità esterne (sedi della società diverse dalla propria sede di lavoro, clienti, fornitori, azionisti, sedi di meeting, convention, sedi corsi di formazione, e simili); dal luogo di lavoro ad altro luogo durante il servizio prestato fuori dal normale orario di lavoro, purché il Contraente dichiari per iscritto che l'assicurato svolgeva le sue mansioni su incarico del Contraente stesso.
Rischio professionale	Gli eventi che si verificano nell'esercizio delle occupazioni professionali principali e/o accessorie e/o occasionali, svolte dall'assicurato.
Sinistro	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Società – Compagnia Assicuratore/i	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA

La presente polizza ha decorrenza e scadenza come indicato nella SCHEDA DI POLIZZA; alla data di scadenza la polizza si intenderà cessata senza obbligo di preventiva disdetta.

In casi eccezionali nei quali risultino oggettivi e insuperabili ritardi nella conclusione della procedura di affidamento del contratto, la polizza potrà essere prorogata alle medesime condizioni economiche e normative in corso per il tempo strettamente necessario alla conclusione della procedura di individuazione del nuovo appaltatore qualora si verifichino le condizioni indicate all'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023 per un periodo massimo di 6 mesi e il relativo rateo di premio verrà corrisposto nei termini di cui all'articolo PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE, salvo ulteriori proroghe concordate tra le parti.

Tale facoltà può essere esercitata dal Contraente anche nel caso in cui venga inviato il recesso annuale di cui all'articolo RECESSO ANTICIPATO ANNUALE. Il relativo periodo di proroga sarà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza per ogni giorno di copertura.

Il Contraente, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni Consip o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (D.L. 95/2012, art. 1, comma 13, convertito in L. 135/2012), si riserva di recedere dall'assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta a una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 20 giorni. In caso di recesso verranno pagate al fornitore le prestazioni già eseguite e il 10% di quelle non ancora eseguite ai sensi dell'art. 120 del D.Lgs. 36/2023 e dell'art. 11 dell'allegato II.14.

ART. 2 RECESSO ANTICIPATO ANNUALE

È attribuita alla Società la facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza annuale mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 3 mesi prima di ogni scadenza annuale.

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla presente polizza a ogni scadenza annuale mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) da inviarsi in firma digitale almeno 1 mese prima di ogni scadenza annuale.

In entrambi i casi è confermata la proroga di massimo 6 mesi ai sensi dell'art. 120, comma 11, del D.Lgs. 36/2023 di cui all'articolo DURATA DEL CONTRATTO – PROROGA.

ART. 3 PAGAMENTO DEL PREMIO – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24 del giorno indicato in polizza. Il Contraente pagherà all'Intermediario incaricato:

- entro 2 mesi dalla data di effetto del contratto, il premio riferito al primo periodo assicurativo;
- entro 2 mesi da ciascuna successiva data di scadenza (annuale o semestrale), il premio riferito al periodo assicurativo in corso;

- entro 2 mesi dalla data di ricezione da parte del Contraente (anche mediante posta elettronica) il premio riferito alle appendici correttamente emesse dalla Società. Resta comunque inteso che l'assicurazione decorrerà con copertura immediata dalle ore 24 del giorno indicato nel documento di variazione.

Trascorsi i termini sopra indicati, l'assicurazione resterà sospesa e riprenderà la sua efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali stabilite e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 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. 40/2008, nonché della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008 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 D.P.R. 602/1973, costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

ART. 4 TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della L. 136/2010 al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'appalto. Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il presente contratto si risolve di diritto ai sensi del dell'art. 3 comma 8 della L. 136/2010.

ART. 5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tuttavia l'omissione da parte del Contraente o dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante così come le inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo, fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità).

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.

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 per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative o da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del contratto di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, come sopra precisato, dovrà essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro 30 giorni dall'intervenuta conoscenza.

Le parti convengono altresì che le variazioni che comportano diminuzioni o aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina degli articoli 1897 e 1898 del Codice Civile, e che pertanto il nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio, a eccezione di quelle modificative della natura dell'assicurato che comporteranno l'applicazione delle norme di cui presente articolo. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso; la diminuzione del premio conseguente ai casi previsti dal presente articolo decorrerà con effetto dall'annualità successiva.

ART. 6 REVISIONE DEL PREZZO

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previste all'articolo DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – VARIAZIONE DEL RISCHIO e cioè al variare dell'indice ISTAT FOI in misura superiore al 15% una parte decorsi almeno 6 mesi dall'inizio dell'assicurazione, potrà segnalare all'altra il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'articolo suddetto e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs. 36/2023, e degli articoli 10 comma 2 e 11 comma 5 dell'Allegato II.2 bis la revisione del premio o delle condizioni contrattuali in aumento o in diminuzione, e operano nella misura dell'80% della variazione in oggetto del valore eccedente la variazione del 5 per cento applicata alle prestazioni da eseguire.

Il Contraente monitora l'andamento dell'indice ISTAT FOI con la stessa frequenza di aggiornamento

dell'indice stesso. Ai fini del calcolo della variazione del rischio si utilizza l'indice ISTAT FOI disponibile al momento della rilevazione della variazione e quello corrispondente al mese di aggiudicazione dell'appalto. La parte che ha ricevuto la segnalazione, entro 3 mesi, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate dall'altra parte, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

ART. 7 RECESSO

In caso di mancato accordo ai sensi dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO tra le parti, la parte che ha presentato la richiesta di revisione non accettata può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 1 mese dalla proposta di cui al punto a) dell'articolo REVISIONE DEL PREZZO presentata dalla parte ovvero, nei casi di cui al punto b) del medesimo articolo, entro 1 mese dalla ricezione della controproposta.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultimo, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni normative ed economiche in vigore per un periodo massimo di 6 mesi.

Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio.

ART. 8 DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei 3 mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli articoli REVISIONE DEL PREZZO e RECESSO e con decorrenza del termine di cui al punto b) del citato articolo REVISIONE DEL PREZZO dalla ricezione della citata dichiarazione.

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 dall'art. 1893, comma 2, del Codice Civile, al pagamento dell'indennizzo per l'intero.

ART. 9 RECESSO DAL CONTRATTO IN CASO DI SINISTRO – ABROGATO E NON OPERANTE

Dopo ogni sinistro e fino al trentesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicuratore o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 6 mesi.

In tal caso la Compagnia, 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, conguagliata con quanto eventualmente dovuto dal Contraente per variazioni intervenute nel corso di validità della polizza.

Resta comunque inteso che la facoltà di recesso non potrà essere esercitata nei primi 6 mesi dalla data di effetto della presente assicurazione.

ART. 10 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere accettate dalle parti e provate per iscritto.

ART. 11 ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, il Contraente dovrà denunciare l'esistenza o stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, comunicando a ciascuno il nominativo degli altri. In caso di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, la Società provvederà a liquidare le spese secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto di cui all'art. 1910, comma 4 del Codice Civile.

ART. 12 ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA – TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

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. Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente, dall'assicurato e dalla Società.

In caso di sinistro, spetta in particolare all'assicurato compiere gli atti necessari all'accertamento e alla liquidazione dei danni. I terzi interessati non avranno alcuna ingerenza nella nomina dei periti da eleggersi

dalla Società e dal Contraente, convenendosi che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'assicurazione stessa non possono essere esercitati che per il tramite del Contraente. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per i terzi interessati, restando esclusa ogni loro facoltà di impugnativa. L'indennità che, a norma di quanto sopra, sarà stata liquidata in contraddittorio non potrà essere versata se non con l'intervento, ove pertinente, all'atto del pagamento, dei terzi interessati. È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'assicurato o dei terzi interessati in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. Si conviene tra le parti che, in caso di sinistro che colpisca beni sia di terzi interessati che dell'assicurato, su richiesta di quest'ultimo si procederà alla liquidazione separata per ciascun avente diritto.

A tale scopo i periti e gli incaricati della liquidazione del danno provvederanno a redigere per ciascun reclamante un atto di liquidazione. La Società effettuerà il pagamento del danno, fermo quant'altro previsto dalla presente polizza, a ciascun avente diritto.

ART. 13 GESTIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA BROKER

Resta inteso tra le Parti che al Broker di cui l'Associato si avvale è affidata la gestione e l'esecuzione della presente polizza.

Le parti si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente all'esecuzione della presente assicurazione avverrà anche per il tramite del Broker incaricato. Pertanto, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente e/o assicurato al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente e/o assicurato stesso. Si precisa che qualora le comunicazioni del Contraente comportassero una modifica contrattuale impegneranno la Società solo dopo il consenso scritto.

Esclusivamente per le comunicazioni di recesso, le parti (Contraente e Società) dovranno inviare direttamente detta comunicazione dall'una all'altra parte, mettendo per conoscenza il Broker incaricato.

In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Società, prevarranno queste ultime.

In ragione delle delega all'incasso dei premi conferita dalla Società il pagamento del premio eseguito in buona fede al Broker e alle persone di cui deve rispondere si considera effettuato direttamente alla Società ai sensi dell'art. 118 comma 2 del D. Lgs. 209/2005.

Resta intesa l'efficacia liberatoria anche a termine dell'art. 1901 del Codice Civile del pagamento così effettuato.

Il Broker è tenuto a rispettare, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, quanto previsto dagli artt. 120, 120-bis, 120-ter, 120-quater, 120-quinquies e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dall'art. 65 del Regolamento IVASS n.40/2018.

La remunerazione del Broker è a carico della Società e non potrà quindi rappresentare un costo aggiuntivo per l'Ente.

ART. 14 ONERI FISCALI

Le imposte e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio e agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

ART. 15 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte per iscritto mediante email, lettera raccomandata, PEC (posta elettronica certificata).

ART. 16 FORO COMPETENTE – ELEZIONE DI DOMICILIO

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente assicurazione, è competente il Foro di Pavia.

La Società può eleggere un domicilio diverso dalla propria sede legale per la notifica dei sinistri o degli atti giudiziari.

ART. 17 INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

In caso di interpretazione dubbia delle clausole del presente contratto di assicurazione, le medesime vanno interpretate nel senso più favorevole al Contraente e all'assicurato.

ART. 18 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana; laddove in esso siano richiamate norme, disposizioni

regolamentari e simili, sono altresì automaticamente richiamate eventuali e successive modifiche e integrazioni. Per quanto non disciplinato dalle presenti condizioni contrattuali, valgono unicamente le norme di legge e regolamentari vigenti, comprese successive modifiche e integrazioni.

ART. 19 TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa vigente (Regolamento UE 679/2016 - D.lgs. 196/2003), ciascuna delle parti (Contraente, Società, assicurato, 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 COASSICURAZIONE E DELEGA

In caso di coassicurazione l'assicurazione è ripartita per quote tra gli assicuratori indicati nel riparto allegato. In caso di sinistro, la Società delegataria ne gestirà e definirà la liquidazione e le Società coassicuratrici, che si impegnano ad accettare la liquidazione definita dalla Società delegataria, concorreranno nel pagamento in proporzione della quota da esse assicurata. In ogni caso la delegataria si impegna a emettere atto di liquidazione per l'intero importo del sinistro e a rilasciare all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'indennizzo. Con la sottoscrizione della presente polizza, le coassicuratrici danno mandato alla delegataria a firmare, anche per loro nome e per loro conto, ogni appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, somma assicurata e quant'altro. Pertanto, la firma apposta dalla delegataria rende validi a ogni effetto i successivi documenti anche per le coassicuratrici.

ART. 21 SANZIONI E RESTRIZIONI INTERNAZIONALI

In nessun caso la Società sarà tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare alcuna richiesta di risarcimento, garantire alcun pagamento o indennizzo sulla base della presente assicurazione, qualora detta copertura, pagamento o indennizzo possa esporre la Società (o un suo dipendente o collaboratore) a divieti, sanzioni o restrizioni o possa comportare violazioni di divieti, sanzioni o restrizioni, secondo quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite in materia di embarghi o sanzioni economiche e commerciali, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dei suoi Stati membri, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 22 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA E SURROGA

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa e di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili.

ART. 23 TRADUZIONE DELLA POLIZZA

La Società si impegna a consegnare al Contraente una traduzione in inglese della polizza, conforme alla versione in italiano che sarà comunque prevalente.

SEZIONE 3 SOGGETTI ASSICURATI E GARANZIE PRESTATE

ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

È considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- il contatto con corrosivi;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali, da punture di insetti o di aracnidi o di vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) e le alterazioni patologiche (esclusa la malaria) conseguenti a infortunio indennizzabile a termine di polizza;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

ART. 2 - CATEGORIE SOGGETTI ASSICURATI

CATEGORIA 1) STUDENTI

La presente assicurazione copre gli infortuni che i soggetti assicurati subiscano nell'esercizio di tutte le attività istituzionali dell'Università degli Studi di Pavia sia durante la loro permanenza nei locali e negli edifici dell'Ateneo o in qualsiasi altro luogo, anche estraneo all'Università, sia in Italia che all'Estero, come, a titolo esemplificativo ma non limitativo, stabilimenti, laboratori industriali o di ricerca, sedi di altre Università ed Istituti di Ricerca e simili, anche all'aperto, in cui i soggetti di cui sopra abbiano a trovarsi per ragioni di studio, visite ed esperimenti, attività complementari ed accessorie.

A titolo esemplificativo e non limitativo sono coperti gli infortuni subiti durante ed in occasione di:

- a) le ore di frequenza all'attività didattica, la permanenza ed il trasferimento da una struttura all'altra all'interno dell'Università;
- b) trasferimenti da o verso altri luoghi, per finalità istituzionali, effettuati anche con mezzi pubblici e/o privati, purché debitamente autorizzati dai competenti organi didattici dell'Università;
- c) l'espletamento di attività di studio, ricerca, tirocinio anche pratico;
- d) la partecipazione a stage presso aziende;
- e) i viaggi di istruzione, programmi di scambi culturali internazionali purché debitamente autorizzati dagli Organi preposti dell'Ateneo;
- f) le manifestazioni di carattere culturale, artistico, religioso, ricreativi, come gite, visite a musei, mostre ed esposizioni, passeggiate, escursioni;
- g) partecipazione ad allenamenti e gare per manifestazioni sportive universitarie (con esclusione di quelle a carattere agonistico) indette ed organizzate da organi dell'Università.
- h) qualsiasi attività motoria di qualsiasi tipo che rientri nel piano di studi dei corsi di laurea che prevedono tali attività (lezioni, esercitazioni, tirocini, etc. ...).

SOGGETTI ASSICURATI CATEGORIA 1) STUDENTI E ALTRI SOGGETTI FREQUENTANTI L'ATENEO

- 1) iscritti, in corso e fuori corso, anche a tempo parziale, a tutti i corsi di studio (di I, II livello e ciclo unico) e a corsi singoli;
- 2) iscritti a programmi o percorsi di formazione anche internazionali di qualunque livello, anche post-laurea (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Erasmus, Percorsi formazione insegnanti, Foundation Year, Marco Polo/Turandot, CICOPS, etc.), corsi di studio internazionali (doppi titoli o titoli congiunti) per il periodo di svolgimento di attività formativa presso l'Università di Pavia;
- 3) tutti gli iscritti alle scuole di specializzazione afferenti a tutti i Dipartimenti ad eccezione, ai sensi dell'art. 41 co.3 del D.Lgs.368/99, dei medici in formazione specialistica che svolgono l'attività formativa nelle strutture delle aziende sanitarie, salvo quando questi ultimi stiano svolgendo attività didattiche accademiche presso strutture universitarie; si precisa che tali soggetti (specializzandi medici quando questi ultimi stiano svolgendo attività didattiche accademiche presso strutture universitarie) non saranno conteggiati nel calcolo del premio e nella regolazione di fine anno;
- 4) Titolari di borse di studio per attività di ricerca post-laurea;
- 5) studenti regolarmente iscritti ai corsi di dottorato di ricerca con sede amministrativa presso l'Università di Pavia e coloro che sono in attesa di discutere l'esame finale;
- 6) Assegnisti/e di ricerca dell'Università di Pavia;
- 7) iscritti al corso di preparazione all'esame di stato, ai corsi di perfezionamento e master;

- 8) tirocinanti (studenti e laureati) impegnati in attività di tirocinio didattico, formativo e di orientamento compreso il tirocinio obbligatorio post-laurea ed il tirocinio svolto ai fini del superamento dell'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione);
- 9) frequentatori volontari con autorizzazioni dell'Ateneo e/o incarichi professionali presso l'Ateneo (a titolo esemplificativo e non esaustivo: professionisti incaricati, collaboratori a vario titolo etc.);
- 10) Studenti con attività a tempo parziale ex art. 13 legge 390/91;
- 11) I Visiting Professor, i Visiting Student e i Visiting PHD Student;
- 12) I candidati agli esami di stato per l'esercizio alle professioni durante lo svolgimento delle prove scritte, orali e pratiche;
- 13) soggetti partecipanti e/o fruitori di attività ed iniziative organizzate dal Contraente quali a titolo esemplificativo ma non limitativo, conferenze, dibattiti, convegni, corsi, stage, lezioni, giornate promozionali a favore dei possibili futuri iscritti all'Ateneo, mostre, fiere, manifestazioni di vario genere. Trattasi di attività ed iniziative aventi tutte durata temporanea.

L'Università è esonerata dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate nonché le infermità da cui i singoli assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

Per la loro identificazione si farà riferimento ai documenti di iscrizione (a titolo esemplificativo e non limitativo: fascicolo personale dello studente iscritto, ecc.), od altra documentazione atta ad attestare che il soggetto riveste/rivestiva la qualifica di assicurato; l'Università si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e/o controlli i documenti di cui sopra.

SOMME ASSICURATE CATEGORIA 1) STUDENTI E ALTRI SOGGETTI FREQUENTANTI L'ATENEO

Ogni assicurato della presente categoria si intende assicurato per seguenti somme:

€ 300.000,00	in caso di morte;
€ 400.000,00	in caso di invalidità permanente;
€ 200.000,00	in caso di invalidità permanente da malattia;
€ 25.000,00	per rimborso spese di cura;
€ 50,00	di indennità per ricovero (massimo 120 giorni)

CATEGORIA 2) CONDUCENTI VEICOLO PRIVATO

L'assicurazione è operante per gli infortuni che i dipendenti autorizzati dal Contraente subiscano in occasione di missioni o di servizio esterno fuori dalle sedi di lavoro durante la guida e l'utilizzo di veicoli non intestati al P.R.A. al Contraente, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni.

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

Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.

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

Quale parametro per il calcolo del premio vengono utilizzate i chilometri percorsi annualmente per la quantificazione dei quali si fa riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

SOMME ASSICURATE CATEGORIA 2)

Ogni assicurato della presente categoria si intende assicurato per seguenti somme:

€ 260.000,00	in caso di morte;
€ 260.000,00	in caso di invalidità permanente;
€ 10.000,00	per rimborso spese di cura;

CATEGORIA 3) INFORTUNI CONDUCENTI VEICOLI DI PROPRIETÀ DELL'ENTE, DI PROPRIETÀ DI TERZI ED IN USO ESCLUSIVO ALL'ENTE, IN LOCAZIONE O COMODATO ALL'ENTE

L'assicurazione è prestata contro gli infortuni subiti dagli Assicurati (soggetti Dipendenti e non Dipendenti) autorizzati dall'Ateneo, in occasione della guida e di trasporto di veicoli di proprietà dell'Ente, di proprietà di terzi ed in uso esclusivo all'Ente o in locazione o comodato all'Ente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.
Sono compresi in garanzia anche la salita e la discesa dai veicoli.

SOMME ASSICURATE CATEGORIA 3)

Ogni assicurato della presente categoria si intende assicurato per seguenti somme:

€ 260.000,00	in caso di morte;
€ 260.000,00	in caso di invalidità permanente;
€ 10.000,00	per rimborso spese di cura;

CATEGORIA 4 INFORTUNI CONDUCENTI BICICLETTE

L'assicurazione è prestata per gli infortuni che i soggetti autorizzati dal Contraente (Dipendenti e non Dipendenti) subiscano in occasione di missioni o per adempimenti di servizio esterno, durante la guida e l'utilizzo di biciclette, limitatamente al tempo strettamente necessario per l'esecuzione di dette prestazioni. Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento alla documentazione tenuta dal Contraente ai sensi di Legge.

Quale parametro per il calcolo del premio si tiene conto del numero delle biciclette tenute dal Contraente.

SOMME ASSICURATE CATEGORIA 4)

Ogni assicurato della presente categoria si intende assicurato per seguenti somme:

€ 260.000,00	in caso di morte;
€ 260.000,00	in caso di invalidità permanente;
€ 2.500,00	per rimborso spese di cura;

ART. 3 - ERNIE E SFORZI

Sono considerati infortuni le lesioni muscolari da sforzi nonché le ernie da causa violenta con l'intesa che:

- se l'ernia risulti operabile, viene liquidata una indennità giornaliera pari ad € 50,00 (con un massimo di 90 giorni) per il periodo di ricovero in istituto di cura
- se l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, vengono corrisposte l'indennità giornaliera per il periodo di ricovero in istituto di cura ed una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 20% della relativa somma assicurata.

ART. 4 - TRASPORTI

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti dall'uso e guida di qualsiasi veicolo o natante a motore a condizione che l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni di legge, esclusi i mezzi subacquei ed aerei.

ART. 5 - RISCHIO VOLO

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 aereo regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile, da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto pubblico passeggeri, ed è prestata per le somme corrispondenti a quelle assicurate con la presente polizza e per i rischi da essa previsti. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da aeroclubs.

Comunque, la somma delle garanzie di cui alla presente polizza e di eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Università degli Studi di Pavia, dall'Assicurato o da terzi in suo favore non potrà superare i capitali di:

€ 1.500.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;

€ 1.500.000,00 per il caso morte;

per persona e di:

€ 15.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;

€ 15.000.000,00 per il caso morte;

complessivamente per aeromobile, nel caso di assicurazione prestata con polizza cumulativa.

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali riferentisi ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dall'Università degli studi di

Pavia.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

ART. 6 - ESTENSIONI PARTICOLARI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

a) Movimenti Tellurici - eruzioni vulcaniche - inondazioni

La garanzia è estesa anche agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, straripamenti, mareggiate, frane, grandine e neve, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di € 15.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone infortunate, assicurate secondo la presente polizza.

b) Stato di guerra e di insurrezione

A parziale deroga di quanto previsto dall' Art. "Esclusioni", la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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 in pace.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpissero l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

c) Eventi Sociopolitici

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismo, attentati, atti violenti che abbiano movente politico, economico, sociale sindacale, purché l'assicurato provi di aver non preso parte attiva.

ART. 7 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per tutto il mondo.

ART. 8 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

- da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dall'Art. "Estensioni particolari della copertura assicurativa";
- gli infortuni causati dall'assunzione volontaria di alcolici, sostanze stupefacenti o allucinogeni, dall'abuso di psicofarmaci non a scopo terapeutico;
- gli infortuni che siano la conseguenza di proprie azioni delittuose.
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra.

ART. 9 - MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi entro tre anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali, applicando i criteri di individuazione della successione legittima.

Se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario.

ART. 10 - MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a temine degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta da parte dell'Assicurato dell'intera somma liquidata, l'Assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 11 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente, la Società liquida, per tale titolo, una indennità calcolandola sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta secondo le disposizioni seguenti ed in base alle percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 giugno 1965 n. 1124 (Tabella Industria), con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia prevista dalla legge.

La perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso: se trattasi di minorazione, le percentuali stabilite dalla tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella sopra indicata, l'indennità è stabilita per via analogica con il caso più affine elencato in tabella o tenendo conto della diminuzione della capacità lavorativa dell'Assicurato.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità permanente stabilite dalla suddetta tabella di legge per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata tenendo conto delle maggiori conseguenze che a causa delle preesistenti mutilazioni o difetti fisici l'assicurato subisca in seguito al sinistro.

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dall'infortunio anche prima che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato che avrebbe percepito l'assicurato

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% e l'assicurato si trovi nell'impossibilità di svolgere qualsiasi attività, l'indennità per invalidità permanente verrà liquidata al 100% sul capitale assicurato in polizza per l'invalidità permanente.

ART. 12 - FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

Unicamente per gli assicurati della categoria 1) la somma assicurata per Invalidità Permanente da infortunio è soggetta alla franchigia assoluta del 2%.

ART. 13 - ESTENSIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Si intendono comprese nell'oggetto dell'assicurazione le malattie quali conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio indennizzabile ai termini di polizza

La garanzia viene estesa, **unicamente per gli assicurati della categoria 1)**, all'invalidità permanente da malattia, di grado superiore al 50% della totale, contratta durante i corsi universitari, con il limite indicato nelle somme assicurate per la categoria 1.

Il periodo massimo per procedere alla valutazione definitiva del danno di cui alla presente estensione è fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

ART. 14 - INDENNITÀ SPECIALE PER MENOMAZIONI ESTETICHE

Se l'infortunio ha per conseguenza deturpazioni o sfregi permanenti non altrimenti indennizzabili, la Società liquida un'ulteriore indennità forfetaria di € 10.000,00.

ART. 15 - RIMBORSO SPESE SANITARIE E DI TRASFERIMENTO IN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Per ogni infortunio la Società assicura il rimborso delle spese per:

- onorari dei chirurghi o dell'équipe operatoria;
- uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- esami ed accertamenti diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica ed il ritorno a casa effettuato con ambulanza;
- prestazioni medico-infermieristiche, medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari

incluse le carrozzelle ortopediche.

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

Qualora l'assicurato venga ritenuto non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera pubblica ove è avvenuto l'infortunio, la Società rimborsa altresì le spese di trasferimento aereo in un centro ospedaliero anche privato attrezzato alla cura dello assicurato.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei relativi documenti giustificativi di spesa in originale. Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'assicurato.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma assicurata per ciascuna categoria.

ART. 16 - DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde, **unicamente per gli assicurati della categoria 1), 2) e 3)** in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera di € 50,00 (con un massimo di 120 giorni) come indicato nelle somme assicurate per la categoria 1, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come singolo giorno.

ART.17 - RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza avvenuto all'estero, l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese per il rimpatrio della salma, debitamente documentate, fino ad un massimo di € 7.500,00.

ART. 18- RIENTRO SANITARIO

In caso di infortunio avvenuto all'estero l'assicurazione è estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia, debitamente documentate, fino ad un massimo di € 4.000,00.

SEZIONE 4 CONTEGGIO E REGOLAZIONE PREMIO

ART. 1 - CONTEGGIO DEL PREMIO

Il premio lordo per ogni persona si intende fissato come sotto indicato per ogni singola Categoria assicurata, calcolato sui preventivi indicati:

Categoria	Descrizione	Preventivo	Premio lordo unitario	Premio annuo lordo per categoria
1 a)	Soggetti assicurati – premio annuale (frequenze di durata superiore a sei mesi e fino ad un anno)	30.000	€ 2,30	€ 69.000,00
1 b)	Soggetti assicurati – premio semestrale (frequenze di durata superiore a tre mesi e fino a sei mesi)	9	€ 2,50	€ 22,50
1 c)	Soggetti assicurati – premio trimestrale (frequenze di durata superiore a un mese e fino a tre mesi)	6	€ 2,50	€ 15,00
1 d)	Soggetti assicurati – premio mensile (frequenze di durata fino a un mese)	3	€ 2,50	€ 7,50
2	Chilometri percorsi con mezzo proprio	300.000	€ 0,005	€ 1.500,00
3	Veicoli di proprietà dell'Ateneo	20	€ 25,00	€ 500,00
4	Biciclette di proprietà dell'Ateneo	20	€ 40,00	€ 800,00
Totale				€ 71.845,00

Scomposizione del premio alla firma e rate successive

Premio annuo imponibile	€	70.092,68
Imposte	€	1.752,32
TOTALE	€	71.845,00

ART. 2 - REGOLAZIONE PREMIO

Il premio lordo annuo anticipato, viene provvisoriamente stabilito in € 71.845,00, salvo conguaglio da effettuare sui parametri per il calcolo del premio. In relazione a quanto precede, alla fine di ciascun periodo di assicurazione, onde procedere all'eventuale conguaglio, il Contraente comunicherà alla Società i dati consuntivi necessari. Poiché, il premio è convenuto in base ad elementi variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine del periodo. A tale scopo, entro 180 gg. dalla fine del periodo di assicurazione, il Contraente dovrà fornire per iscritto alla Società tutti i dati necessari.

Le differenze attive o passive dovranno essere corrisposte entro 90 gg. dalla data di ricevimento dell'apposita appendice.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, 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 per il quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento delle differenze attive 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.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli 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.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

ART. 3 - PRECISAZIONE SUL CONTEGGIO DEGLI ASSICURATI

Per alcune tipologie di soggetti assicurati si dà e si prende atto che saranno tenuti in copertura dalle ore 24,00 del giorno in cui effettueranno il pagamento del premio che potrà essere effettuato anche dalla Contraente.

Tale pagamento verrà effettuato con le modalità previste dalla condizione particolare di polizza «Regolazione del premio».

La Società dà e prende atto che la copertura di detti Assicurati potrà terminare anche dopo la scadenza del presente contratto.

Gli Assicurati hanno la possibilità di sospendere temporaneamente le loro attività, a titolo esemplificativo ma non limitativo, per maternità o servizio militare, con l'obbligo di recuperare successivamente i periodi di sospensione fino ad un massimo di dodici mesi di sospensione.

Pertanto la Società dà e prende atto che la garanzia non sarà operante durante tali periodi di sospensione e che la garanzia diventerà nuovamente operante quando verranno riprese le attività, senza dover corrispondere alcun premio aggiuntivo, in quanto il premio corrisposto dovrà intendersi valido per il periodo previsto, anche non continuativo, e pertanto la copertura sarà garantita dalla Società fino all'ultimazione delle attività stesse e potrà terminare anche dopo la scadenza del presente contratto.

Al fine della sospensione e della successiva ripresa delle attività e quindi della relativa copertura assicurativa, faranno fede gli atti depositati presso l'Amministrazione universitaria; pertanto l'Università non effettuerà alcuna comunicazione alla Società. In caso di necessità tali atti saranno trasmessi dall'Amministrazione universitaria alla Società su espressa richiesta della stessa.

Si precisa che la copertura si intende valida anche durante eventuali periodi di proroga delle attività dei soggetti assicurati.

Inoltre, si prende atto tra le parti che la richiesta di copertura ed il successivo pagamento dei premi può avvenire sia direttamente dalla Contraente che da parte degli Assicurati comunque sempre per il tramite del Broker.

Si dà e si prende atto che la copertura assicurativa, per una parte dei soggetti assicurati, può essere sia ad adesione (tramite apposito modulo che la Società potrà richiedere in qualsiasi momento) che con

pagamento effettuato con trattenuta da parte della Contraente; l'attività di detti soggetti assicurati può iniziare in qualsiasi periodo dell'anno; pertanto la copertura assicurativa potrà terminare anche successivamente alla scadenza del contratto.

Resta inteso che nel caso in cui un soggetto assicurato dovesse rivestire due o più incarichi contemporaneamente, il premio che verrà corrisposto si intende comunque unitario.

Si dà e si prende atto tra le parti che gli studenti del primo anno si intendono assicurati e quindi compresi in copertura a decorrere dal momento in cui effettuano l'iscrizione presso l'Ateneo.

SEZIONE 5 NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

ART. 1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

A deroga dell'Art. 1913 del C.C. la denuncia dell'infortunio viene effettuata dall'Università con uno dei mezzi di cui all'Art. "Forma delle comunicazioni" entro 30 giorni lavorativi da quello in cui l'Ufficio competente dell'Università ha ricevuto comunicazione scritta dell'infortunio da parte dell'Assicurato.

Entro 30 giorni dalla precedente comunicazione verrà inviata lettera contenente le generalità dell'Assicurato, l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico di pronto soccorso. Successivamente l'Assicurato deve inviare, a periodi non superiori a 180 (centottanta) giorni e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni nonché le fatture ed ogni altro documento comprovante le spese mediche sostenute.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato avviso alla Società nel più breve tempo possibile.

Il soggetto assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessario, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'assicurato stesso.

Se non viene adempiuto intenzionalmente all'obbligo della denuncia e agli altri obblighi indicati nei commi precedenti, l'assicurato ed i suoi aventi diritto, perdono il diritto all'indennità.

ART. 2 - LIQUIDAZIONE

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida le indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

ART. 3 - ANTICIPI

La Società corrisponde, su richiesta dell'Assicurato, anticipi in caso di ricovero ospedaliero ed ingessatura ed in caso di invalidità permanente qualora l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio. Detti anticipi, da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio, verranno effettuati fino a concorrenza di un esborso massimo di € 20.000,00.

ART. 4 - CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sul grado di invalidità permanente o sul grado e durata della inabilità temporanea nonché sulla liquidabilità delle indennità o sulle misura dei rimborsi, le parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovute 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 Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede in Pavia.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera 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.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso, entro due anni, nel qual caso il collegio può intanto concedere una somma da imputarsi nella liquidazione definitiva dell'infortunio.

ART. 5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato al diritto di surroga che le compete per l'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili degli infortuni.

Fatto in tre originali a Genova

19 febbraio 2026



Alessandro Cioci
Direttore Tecnico
ITAS Mutua

Letto, accettato e sottoscritto

li, _____ 20__

IL CONTRAENTE/ASSICURATO