



SEZIONE I - DEFINIZIONI:	3
SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	5
Art. 1: Durata del contratto.....	5
Art. 2: Gestione del contratto	5
Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede	5
Art. 4: Aggravamento del rischio.....	6
Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto	6
Art. 6: Diminuzione del rischio	7
Art. 7: Cessazione del rischio	7
Art. 8: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere	7
Art. 9: Pagamento del premio - Termini di rispetto	7
Art. 10: Costituzione e regolazione del premio	8
Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta.....	8
Art. 12: Ispezione della Società	8
Art. 13: Riferimento alle norme di legge - Foro competente	8
Art. 14: Interpretazione del contratto	9
Art. 15: Denuncia di sinistro.....	9
Art. 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro.....	9
Art. 17: Informativa sui sinistri.....	9
Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni	10
Art. 19: Associazione Temporanea di Imprese	10
Art. 20: Trattamento dei dati	10
Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari.....	10
Art. 22: Clausole vessatorie.....	11



SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE	12
Art. 23: Soggetti assicurati	12
Art. 24: Oggetto dell'assicurazione – Validità temporale	13
Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali	13
Art. 26: Estensioni della copertura	14
Art. 26bis: Estensione H.I.V./Epatite	14
Art. 27: Estensioni in caso di malattia	15
Art. 28: Estensioni particolari della Copertura Assicurativa	15
Art. 29: Ernie e Sforzi	16
Art. 30: Liquidazione del danno	16
Art. 31: Modalità per la liquidazione dell'indennità	19
Art. 32: Esclusioni	20
Art. 33: Rinuncia al diritto di surroga	20
Art. 34: Controversie sulla definizione del danno	20
Art. 35: Altre assicurazioni - Detrazioni	21
Art. 36: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	21
 SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA ...	 22

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA****Premessa**

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte. La firma apposta dalla Contraente su modelli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti all'Associazione temporanea di imprese (se esistente).

SEZIONE I - DEFINIZIONI:

Nel testo che segue, si intende per:

Amministrazione o Ente: l'Ente Pubblico o la Società Pubblica Contraente dell'Assicurazione;

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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Attività dell'Amministrazione: l'esercizio delle attività e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture;

Beneficiario: il soggetto designato cui spetta l'indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato;

Broker: il Broker Willis Italia Spa;

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

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

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

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente oppure una Inabilità Temporanea;

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

Inabilità temporanea: l'impedimento temporaneo generale (inabilità assoluta) o la limitazione (inabilità parziale) all'esercizio delle attività svolte dall'assicurato;

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

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

Ospedale, clinica, casa o istituto di cura: la struttura autorizzata, in base alla normativa vigente, al ricovero di pazienti e/o alla assistenza sanitaria con degenza diurna; non rientrano in questa definizione le strutture termali, di convalescenza, di soggiorno, per le attività diverse da quelle di ricovero e/o di assistenza sanitaria;

Polizza: il documento che prova e regola la assicurazione;

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

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

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

Società: L'impresa assicuratrice e, in caso di ATI, le eventuali mandanti;

Università: L'Università degli Studi di Milano-Bicocca



SEZIONE II - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1: Durata del contratto

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

Inoltre, è prevista una facoltà di proroga tecnica dell'assicurazione che la Società è tenuta a concedere, alle medesime condizioni normative ed economiche vigenti, per un periodo non superiore ad ulteriori 180 (centottanta) giorni, a fronte di specifica richiesta del Contraente da comunicare alla Società.

Per tale periodo di proroga alla Società spetterà per ogni giorno di copertura un importo di premio che non potrà essere superiore a 1/365 del premio annuale di polizza.

È facoltà del Contraente rescindere il contratto in occasione di ogni scadenza annuale intermedia mediante comunicazione raccomandata inviata dall'una all'altra parte – e anticipata a mezzo telefax - almeno 120 (centoventi) giorni prima di tale scadenza da parte della Società, fermo che non è consentito alla Società assicuratrice inviare disdetta / recesso solo per una o alcune delle garanzie previste.

Art. 2: Gestione del contratto

La gestione e assistenza nell'esecuzione del contratto è affidata al Broker di assicurazione indicato.

Anche ai sensi del D.Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., il Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione, così come definita, riguardante il presente contratto avverrà per il tramite del Broker indicato

Pertanto, tutti i rapporti inerenti il contratto, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del Broker e la Società riconosce che il pagamento dei premi effettuato dal Contraente a favore del Broker si intende come effettuato direttamente alla Società stessa ed è da considerarsi liberatorio per il Contraente.

La Società riconosce inoltre al Broker un periodo di differimento per la corresponsione effettiva dei premi di sua competenza entro il decimo giorno lavorativo del mese successivo a quello in cui scade il termine di pagamento del premio o della rata di premio per il Contraente.

Art. 3: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede

In deroga agli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. si conviene che la mancata o inesatta comunicazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di circostanze che influiscono o avrebbero influito sulla valutazione del rischio da parte della Società, non comporta la decadenza del diritto all'indennizzo, sempreché il Contraente non abbia agito con dolo.

In tal caso la Società rinuncia ad esercitare le azioni di annullamento e di recesso dal contratto ed ha la facoltà di richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 4: Aggravamento del rischio

Il Contraente è tenuto a dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio (art. 1898 del Codice Civile.).

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente, il Contraente non è pertanto tenuto a comunicare variazioni del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità.

Si conviene tuttavia che, l'omissione o l'inesatta dichiarazione da parte del Contraente di circostanze eventualmente aggravanti il rischio, così come l'aggravamento del rischio conseguente a disposizioni di leggi, di regolamenti e di atti amministrativi, o a mutamenti negli orientamenti della giurisprudenza di merito e legittimità non pregiudicano il diritto dell'Assicurato a percepire all'intero indennizzo, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

In tal caso la Società rinuncia alla facoltà di recedere dal contratto e può richiedere la differenza di premio corrispondente al maggior rischio non valutato per effetto di circostanze non note, a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata. Il Contraente ha la facoltà di accettare o rifiutare la richiesta di sovrappremio proposta dandone comunicazione alla Società entro 30 giorni.

In caso di mancata accettazione ovvero nel caso in cui tale termine sia decorso infruttuosamente, la Società potrà recedere dal contratto nei termini previsti dall'articolo 5 – Facoltà di recesso dal contratto.

Art. 5: Facoltà di recesso dal contratto

La Società ha facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti agli articoli 3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, ultimo capoverso e 4 - Aggravamento del rischio, ultimo capoverso con un preavviso non inferiore a 120 giorni.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte.

Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 - Pagamento del premio – Termini di rispetto) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.



Art. 6: Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente (art. 1897 del Codice Civile.) e rinuncia al relativo diritto di recesso. Si conviene, altresì, che la diminuzione del premio conseguente a casi previsti da detto articolo, sarà immediata e la Società corrisponderà la relativa quota di premio pagata e non goduta, escluse le imposte, entro 60 giorni dalla comunicazione.

Art. 7: Cessazione del rischio

Nel caso di cessazione del rischio durante il periodo assicurativo, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società la cessazione medesima; se il rischio cessa nel corso dell'annualità assicurativa per causa diversa dal suo realizzarsi, parzialmente o totalmente, la Società rimborserà l'eventuale rateo di premio pagato e non goduto (al netto delle imposte) al Contraente dalla data della predetta comunicazione di cessazione; viceversa, qualora il premio non fosse stato ancora pagato, il Contraente corrisponderà quanto eventualmente tenuto a pagare alla Società sino alla data di cessazione, ratei e regolazioni comprese.

Art. 8: Dolo e comportamenti gravemente colposi delle persone di cui l'Assicurato deve rispondere

Le prestazioni del contratto sono efficaci anche qualora il sinistro sia causato da comportamenti gravemente colposi ai sensi dell'art. 1900 del Codice Civile, del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario nonché da comportamenti dolosi o gravemente colposi delle persone di cui il Contraente deve rispondere a norma di legge.

La Società rinuncia al diritto di surrogazione derivante dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di Amministratori e Dipendenti del Contraente, salvo il caso in cui il danno sia ascrivibile a dolo o colpa grave giudizialmente accertata dalla Corte dei Conti con sentenza passata in giudicato.

Art. 9: Pagamento del premio - Termini di rispetto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza.

Anche in deroga al disposto dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente pagherà alla Società, per il tramite del broker, i premi o e rate di premio alla stessa spettanti entro i 60 giorni successivi all'effetto dell'assicurazione, nonché suoi rinnovi, proroghe.

Nel caso di variazioni contrattuali o regolazioni onerose, il termine di cui al paragrafo che precede decorre dalla data di ricevimento della variazione o della regolazione premio da parte del Contraente.

Trascorsi senza esito i termini sopra indicati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno utile e riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattuali convenute.

Qualora le eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione, ai sensi del Decreto Ministeriale n. 40 del 18/01/2008 e della Circolare del Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 22 del 29/07/2008, evidenziassero un inadempimento a carico

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

della Società, la Società stessa da atto che l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi di legge, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 (trenta) giorni di cui all'art. 3 del Decreto sopra citato. Inoltre il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agenzia delle Entrate Riscossione costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 del Codice Civile nei confronti della Società stessa.

Art. 10: Costituzione e regolazione del premio

Il premio di polizza è calcolato moltiplicando il premio pro-capite convenuto per ciascun parametro previsto in polizza ed è costituito da una rata pagata anticipatamente calcolata sulla base dei dati forniti al perfezionamento del contratto e da regolazioni annuali attive calcolate sulla base dei dati consuntivi. Il Contraente fornirà alla Società entro i 90 giorni successivi alla scadenza di ogni Periodo Assicurativo, i dati necessari ai fini della regolazione del premio dell'annualità precedente. Si conviene che, ove il Contraente abbia in buona fede fornito indicazioni inesatte od incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

Per "parametri di riferimento" si intende:

per la Categoria assicurata nr. 1 Studenti: il numero dei soggetti rientranti in tale categoria.

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

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

Art. 11: Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione è prestata in nome proprio e nell'interesse di chi spetta. In caso di sinistro però i terzi interessati non avranno ingerenza nella nomina dei periti, rimanendo stabilito e convenuto che le azioni, ragioni e diritti sorgenti dall'Assicurazione stessa non potranno essere esercitati che per il tramite del Contraente.

Art. 12: Ispezione della Società

La Società ha sempre diritto di visionare atti, documenti e beni pertinenti l'Assicurazione e il Contraente e l'Assicurato hanno l'obbligo di fornire tutte le occorrenti indicazioni ed informazioni. L'ispezione potrà essere svolta da dipendenti della Società stessa o da altri soggetti dalla stessa incaricati purché bene-visi alla Contraente, con oneri da porsi per intero a carico della Società.

Art. 13: Riferimento alle norme di legge - Foro competente

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



Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione della presente polizza è competente l'organismo di conciliazione individuato secondo quanto previsto dal decreto legislativo 4 marzo 2010, n. 28. Per le controversie riguardanti l'applicazione del contratto, è competente in via esclusiva il Foro del luogo di residenza o sede del Contraente.

Art. 14: Interpretazione del contratto

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

Art. 15: Denuncia di sinistro

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto dal Contraente o dall'Assicurato per il tramite del Contraente al Broker o alla Società entro 30 giorni lavorativi, da quando ne sia venuto a conoscenza.

La denuncia conterrà una descrizione dettagliata del fatto cui la richiesta scritta si riferisce, la data, il luogo, l'indicazione delle cause e delle conseguenze se conosciute, le generalità e recapito delle persone interessate e di eventuali testimoni, e sarà corredata di copia di tutta la documentazione relativa eventualmente in loro possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui il Contraente sia venuto in possesso successivamente alla denuncia.

Art. 16: Facoltà di recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro e sino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R.. In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso da una delle parti.

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà al Contraente il rateo di premio per il periodo non fruito, al netto delle imposte. Qualora invece il contratto abbia una scadenza intermedia (di rata o anniversaria) ricadente nel periodo di copertura successivo al ricevimento dell'avviso di recesso, la Società emetterà una appendice, sostitutiva di quietanza, riportante l'importo di premio che il Contraente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. 9 Pagamento del premio – Termini di rispetto) per il periodo decorrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di cessazione dell'Assicurazione, calcolato in misura pari a 1/365 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

Art. 17: Informativa sui sinistri

La Società si impegna a fornire al Contraente e/o al Broker incaricato, con cadenza quantomeno annuale, e in ogni caso sei mesi prima della scadenza del contratto, qualificati resoconti sullo stato dei sinistri denunciati sul presente contratto ed in formato digitale editabile (Excel o equipollente), che comprendano i seguenti indispensabili elementi:

- a. n° di riferimento o repertorio attribuito dalla Compagnia;
- b. data dell'evento;

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

- c. indicazione della garanzia interessata dal sinistro
- d. nominativo del danneggiato e/o controparte interessata (se del caso);
- e. stato del sinistro (ovvero l'indicazione di liquidato, riservato o senza seguito);
- f. importo liquidato e/o riservato.

È facoltà delle parti richiedere ed impegno fornire lo stesso riepilogo anche in altre occasioni qualora venga richiesto.

Art. 18: Assicurazione presso diversi Assicuratori – Altre assicurazioni

In deroga a quanto disposto dall'art. 1910 del Codice Civile il Contraente e gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società la esistenza e /o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. 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, e la Società risponderà nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 del Codice Civile, rinunciando al diritto di recesso.

Se al tempo del sinistro esistono altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da terzi, sulle stesse cose o per gli stessi rischi, la Società risponde dei danni subiti per quanto coperto con la presente polizza e fino alla concorrenza delle somme assicurate dalla stessa previste.

Art. 19: Associazione Temporanea di Imprese

Articolo non operante

Art. 20: Trattamento dei dati

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e Regolamento UE 679/2016, ciascuna delle parti consente il trattamento dei dati personali rilevabili dalla polizza o che ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.

Art. 21: Tracciabilità dei flussi finanziari

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

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

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

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



Art. 22: Clausole vessatorie

L'indicazione delle clausole che necessitano della specifica approvazione per iscritto ex artt. 1341 e 1342 del Codice Civile è a carico della Società, che dovrà provvedervi in sede di emissione dei documenti contrattuali, e comunque non oltre la data di effetto della polizza.



SEZIONE III - CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 23: Soggetti assicurati

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

Studenti;

in tale categoria devono intendersi ricompresi:

a) **Studenti**

1. regolarmente iscritti ai corsi di Laurea triennale, ai Corsi di Laurea specialistica, ai corsi di Laurea a ciclo unico, ai corsi di diploma Universitario e ai corsi di Laurea vecchio ordinamento;
2. Studenti stranieri in mobilità internazionale (c.d. *Visiting Students*, regolarmente iscritti ai corsi dell'Università);
3. Dottorandi (con o senza borsa);
4. Specializzandi;
5. Iscritti ai Master;
6. Iscritti ai Corsi di perfezionamento e aggiornamento;
7. Tirocinanti laureati che svolgono il tirocinio obbligatorio in vista dell'esame di Stato;

b) **Titolari di borse di studio** assegnate dall'Università, per la frequenza di corsi universitari, qualora non già ricompresi nella categoria sopraindicata;

c) **Tirocinanti laureati** avviati al lavoro, indipendentemente dal rapporto giuridico posto in essere, dall'Università sulla base di apposite convenzioni stipulate tra Università e Aziende o Enti terzi (c.d. Stagisti);

d) **Titolari di assegno** per la collaborazione alla ricerca (c.d. Assegnisti);

e) **Iscritti a corsi e/o progetti** promossi dall'Università anche in collaborazione con altri Enti pubblici e/o privati, italiani e/o stranieri;

f) **Volontari frequentatori**, cultori della materia, laureati frequentatori (come individuati e specificati dai regolamenti interni dell'Ateneo);

g) **Partecipanti ai test di ingresso** per l'ammissione ai corsi di studi, siano essi a livello d'Ateneo che nazionale, limitatamente ai casi di Morte, Invalidità permanente e Rimborso spese di cura.

Si specifica, con riferimento ai soggetti di cui alla lett. a) punto 4), che gli Specializzandi di Area Medica sono coperti, in Italia, solo limitatamente ad infortuni non connessi ad attività medico assistenziale per la quale opera la copertura ospedaliera ai sensi del D.lgs. n. 368/99, articolo 41, comma 3.

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

Si specifica, inoltre, che i soggetti di cui alle lett. e), f) e g) non sono soggetti a regolazione ai fini del conteggio del premio di polizza.

Si precisa che:

- tutti gli studenti si intendono iscritti e pertanto coperti fino al conseguimento del titolo di studio nelle sessioni di laurea e/o di dottorato e/o di specializzazione, anche straordinarie, riferite all'anno accademico per cui è stato versato il premio;
- i soggetti di cui alla lett. a) punto 4), sono considerati assicurati anche se non ancora iscritti allorquando, dalla documentazione depositata presso gli uffici della Segreteria *post-lauream*, risultino nelle graduatorie dei rispettivi concorsi di ammissione in posizione utile ai fini dell'iscrizione.

Tutte le figure sopra indicate verranno di seguito denominate "studenti".

Art. 24: Oggetto dell'assicurazione – Validità temporale

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni professionali occorsi agli assicurati dai quali derivi la morte, o una invalidità permanente assoluta o parziale, o una inabilità temporanea, e/o esborsi per spese mediche.

L'assicurazione vale fino alla fine dell'ultimo anno accademico per il quale lo studente abbia versato all'Università la quota destinata al pagamento del premio.

Art. 25: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

La copertura assicurativa, oggetto della presente polizza, è diretta a garantire gli studenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca, come precedentemente individuati, contro il rischio di infortuni occorsi nell'esercizio dell'attività istituzionale universitaria, ivi compreso l'espletamento di pratiche amministrative, verificatisi sia all'interno del Campus universitario (edifici e relativi accessori e pertinenze, compresi i luoghi all'aperto), sia al di fuori di esso, anche all'Estero.

Gli assicurati fruiscono della presente garanzia anche durante gli spostamenti effettuati all'interno del Campus. La garanzia opera, altresì, per gli spostamenti effettuati dall'Università da o verso qualsiasi altro luogo, con mezzi pubblici e/o privati, per finalità istituzionali (es.: viaggi di istruzione, visite a musei, mostre ed esposizioni, esperimenti ecc.), purché preventivamente autorizzati per iscritto dai competenti organi amministrativi e/o didattici dell'Università.

Gli studenti fruiscono della copertura anche durante la partecipazione a manifestazioni ed eventi di ogni tipo (sportivi, culturali, ricreativi o altro) organizzati dall'Università o attivati con il benessere della stessa.

Dalla garanzia prestata dalla presente polizza, fatto comunque salvo quanto previsto nel precedente comma, è espressamente escluso il rischio *infortuno in itinere*, come definito dall'articolo 2, comma 2, DPR 1124/1965, s.m.i.

L'assicurazione vale in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dei paesi europei, vale unicamente per il periodo di ricovero ospedaliero e dal giorno di rientro in Italia dello "studente".



Art. 26: Estensioni della copertura

Sono da considerarsi infortuni:

1. le conseguenze dovute a colpi di sole, di calore e di freddo;
2. gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. gli infortuni derivanti da attività didattica e/o ricerca a carattere scientifico che possa determinare infezioni microbiche e/o parassitarie e/o avvelenamento del sangue attraverso lesioni traumatiche oppure per contatto con sostanze infettive;
4. gli infortuni derivanti da contatto con corrosivi;
5. gli infortuni derivanti da malore, incoscienza, vertigine o conseguenti a colpi di sonno;
6. le conseguenze dovute a contagio da A.I.D.S., epatite o altre malattie, nessuna esclusa, avvenuto a seguito di puntura da ago infetto o altro evento analogo;
7. gli avvelenamenti acuti di origine traumatica, l'ingestione o l'assorbimento di sostanze anche tossiche ad esclusione delle conseguenze di intossicazioni non accidentali dovute ad abuso di alcolici e di psicofarmaci o all'uso di sostanze stupefacenti e di allucinogeni;
8. l'asfissia;
9. l'annegamento;
10. la folgorazione;
11. l'assideramento e congelamento;
12. l'avvelenamento da monossido di carbonio;
13. gli infortuni derivanti da influenze termiche ed atmosferiche;
14. le lesioni corporali sofferte per legittima difesa, per dovere di solidarietà umana in occasione di aggressioni e di atti violenti subiti, anche se dovuti a movente politico, sociale, sindacale o terrorismo, nonché quelle sofferte in occasione di tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia preso parte attiva;
15. Le conseguenze di infezioni nonché degli avvelenamenti causate da morsi di animali e di rettili, punture di insetti e aracnidi.
16. le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
17. le lesioni al viso o al corpo in genere che determinino deturpazioni o sfregi permanenti;
18. le malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia;
19. le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico, esclusi gli infarti e le ernie salvo quanto previsto al successivo art. 29;
20. quelli derivanti dallo svolgimento di attività motoria, di qualsivoglia tipo, che rientri nel curriculum formativo dei corsi di laurea che prevedono tali attività (lezioni, esercitazioni, tirocinio ecc.).

Art. 26bis: Estensione H.I.V./Epatite

Ad integrazione di quanto previsto all'art. 26, punto 6, l'assicurazione è valida anche in caso di avvelenamento del sangue a seguito di contagio da H.I.V. ed Epatite sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica indennizzabile a termini di polizza e contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

L'Assicurato che ritiene di essere contagiato da virus H.I.V. / Epatite a causa di un evento accidentale occorsogli nello svolgimento dell'attività per la quale è prestata l'assicurazione deve,



entro 5 giorni dall'evento, sottoporsi ad un primo test HIV/Epatite presso un Centro Specializzato o presso l'A.S.L. di zona o Ente convenzionato.

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 15, l'Assicurato deve inoltre, entro 10 giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto, darne avviso all'Impresa per il tramite della Contraente a mezzo fax, raccomandata RR o posta elettronica certificata.

Contemporaneamente deve essere inviata all'Impresa, a mezzo Raccomandata RR, fax o posta elettronica certificata, una descrizione dettagliata dell'evento e di come questo si è verificato.

Qualora dal primo test risulti che l'Assicurato è sieropositivo, non sarà dovuto alcun indennizzo; la presente garanzia nei suoi confronti cesserà immediatamente e verrà rimborsata dall'Impresa la parte di quota di premio da quel momento fino alla scadenza della polizza.

Se il primo test immunologico fornirà un risultato negativo, l'Assicurato dovrà sottoporsi a un secondo test, non prima di 150 giorni e non oltre 210 giorni dall'evento: se da questo risulterà che l'Assicurato è divenuto sieropositivo, l'Impresa liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicuratore.

Tutte le spese mediche relative al test H.I.V. sono a carico dell'Assicurato; tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di Polizza, anche dette spese saranno rimborsate dall'Impresa.

Nel caso in cui il soggetto sia già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

L'Assicurato ha l'obbligo di farsi identificare, pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione, al momento di sottoporsi al test immunologico.

Il rispetto rigoroso dei termini della denuncia e degli altri obblighi indicati nei commi precedenti è condizione essenziale per la validità dell'Assicurazione; in caso di inadempienza, l'Assicurato e gli aventi diritto perdono il diritto all'Indennizzo.

Art. 27: Estensioni in caso di malattia

Fatto salvo quanto previsto al precedente articolo 26, n. 18, si intendono comprese nell'oggetto dell'assicurazione anche le malattie quali conseguenza diretta ed esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Art. 28: 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, con l'intesa che l'esborso massimo della Società non potrà superare l'importo di € **5.000.000,00** 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 dal successivo art. 32, la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e da insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto lo "studente" 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 lo "studente" nel territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.



Art. 29: Ernie e Sforzi

Sono altresì considerati infortuni le ernie da causa violenta con l'intesa che:

- se l'ernia risulti operabile, viene liquidata una indennità giornaliera di € 15,00 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. 30: Liquidazione del danno

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

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 6.000,00 (euro duemila/00) le spese necessarie per il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

2. Se l'infortunio ha per conseguenza una **invalidità permanente**, la Società liquida per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata secondo le percentuali previste dalla "Tabella per l'industria allegata al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124" come in vigore al 24.07.2000 con rinuncia della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge stessa in caso di infortunio.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

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

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella D.P.R. 30 giugno 1965 N.1124 l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. 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'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

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

La garanzia viene estesa alla invalidità permanente da malattia di grado superiore al 40% della totale con il limite indicato nella sezione IV conteggio del premio – capitali assicurati. Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in due anni dal giorno della denuncia della malattia.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 50% e lo studente 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.

La somma assicurata per invalidità permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- a) 5% sulla somma eccedente € 350.000,00 e fino a € 550.000,00;
- b) 10% sulla somma eccedente € 550.000,00.

Pertanto sulla somma assicurata:

- a) eccedente € 350.000,00 e fino a € 550.000,00, la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 5% della totale; la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente;
- b) eccedente € 550.000,00, la Società non liquida alcuna indennità se l'invalidità permanente è di grado non superiore al 10% della totale; se invece l'invalidità permanente è superiore al 10% della totale, la Società liquida l'indennità solo per la parte eccedente.

Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

In caso di contemporanea operatività su un sinistro delle garanzie IP e IPM la massima esposizione della Società non potrà essere superiore a € 950.000,00.

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

3. Se l'infortunio ha per conseguenza una **inabilità** dello "studente" ad attendere alle occupazioni dichiarate, la Società liquida la somma assicurata:

- integralmente, nella misura di € 15,00 giornalieri, per tutto il tempo in cui lo "studente" si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie attività;
- al 50% per tutto il tempo in cui lo studente non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività.

Fatto salvo quanto di seguito specificato, l'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio e cessa col giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione.

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea verrà riconosciuta solo se l'infortunio determini una delle seguenti situazioni:

- ricovero ospedaliero;
- applicazione di apparecchio gessato;
- immediato ricorso al Pronto Soccorso o struttura ospedaliera con rilascio di apposita certificazione medica; in quest'ultimo caso, l'indennità verrà corrisposta a partire dal quarto giorno successivo a quello dell'evento.

In ogni caso non verrà riconosciuta una indennità di diaria per un periodo superiore a 40 giorni.

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

- onorari dei chirurghi o dell'equipe 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 dello "studente" in ospedale o in clinica e 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 lo "studente" 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 "studente". Si precisa che la Società assicura il rimborso delle spese mediche di cura e spese di trasporto a carattere sanitario nonché visite mediche presso strutture convenzionate con il SSN, incluse eventuali certificazioni mediche richieste dalla compagnia per l'avvio e/o il decorso del sinistro.

La Società effettua il rimborso previa presentazione dei relativi documenti giustificativi di spesa in originale.

La presente garanzia vale fino a concorrenza della somma di € 60.000,00

L'assicurazione comprende gli infortuni che lo "studente" subisca durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero di velivoli ed elicotteri esercitati 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 esercitati da Aero Clubs.

Polizza n. **400260064**Contraente: **UNIVERSITÀ STUDI MILANO-BICOCCA**

Comunque la somma delle garanzie previste e di quelle derivanti da eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Università, dallo "studente" o da terzi in suo favore, non potrà superare i capitali di:

€ 20.000.000,00 per il caso di invalidità permanente totale;

€ 20.000.000,00 per il caso di morte;

€ 5.200,00 per il caso di inabilità temporanea,

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

In detta limitazione per aeromobile rientrano anche i capitali che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze del medesimo tipo di capitolato stipulate dalla stessa Università.

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.

Se l'infortunio ha per conseguenza deturpazioni o sfregi permanenti, al viso o al corpo, la Società liquida un'ulteriore indennità forfettaria di € 6.000,00.

Se, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, allo "studente" deriva un'invalidità permanente di grado non inferiore al 66% e tale comunque da richiedere un'assistenza personale continuativa, la Società corrisponderà allo "studente", oltre a quant'altro dovuto ai sensi della presente polizza, la somma necessaria per la costituzione di una rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo pari a € 250,00 mensili mediante la stipulazione di un apposito contratto di assicurazione.

In caso di infortunio sofferto contemporaneamente da più Assicurati che siano causati, riconducibili o conseguenti ad un medesimo evento, causa o circostanza, l'esborso a carico della Società – limite **catastrofale** – non potrà superare la somma complessiva di euro 20.000.000,00 (ventimilioni/00). Superando detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato verranno ridotti proporzionalmente.

Art. 31: Modalità per la liquidazione dell'indennità

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

La Società effettua il rimborso delle spese mediche di cui al punto 4. dell'art. "Liquidazione del danno" a cura ultimata e previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale.

Qualora l'infortunio indennizzabile ai sensi di polizza comporti una invalidità permanente di grado superiore al 20% (ventipercento), la Società porrà a disposizione dell'infortunato un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato, con riserva di successivo accertamento e conguaglio; il pagamento di tale anticipazione avverrà entro 30 giorni dal ricevimento, da parte della Società, della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità.

La Società corrisponde, su richiesta dello "studente", 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 € 50.000,00.



Art. 32: Esclusioni

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

- a) azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- b) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, non riconducibili a scopi connessi alle attività della Amministrazione;
- c) guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto al precedente art. 28;
- d) atti di terrorismo posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche;
- e) abuso di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni, o da ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
- f) partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) guida di mezzi di locomozione aerei;
- i) guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato (ad eccezione degli assicurati di cui al punto 6 dell'art. Soggetti assicurati).

Art. 33: Rinuncia al diritto di surroga

La Società dichiara di rinunciare in favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 34: Controversie sulla definizione del danno

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

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

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

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



Art. 35: Altre assicurazioni - Detrazioni

Per gli Assicurati per i quali sono efficaci anche coperture assicurative a carattere obbligatorio stipulate dalla Amministrazione (quale, ad esempio, la tutela assicurativa Inail), dall'indennizzo dovuto ai sensi del presente contratto verrà dedotto quanto eventualmente spettante ad essi o agli aventi diritto in virtù di tali altre assicurazioni.

Art. 36: Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La Società non è tenuta a fornire la copertura, o a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.



SEZIONE IV - CAPITALI ASSICURATI - CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA

CAPITALI ASSICURATI

Ciascuno studente si intende assicurato per i seguenti massimali:

€	800.000,00	in caso di morte;
€	950.000,00	in caso di invalidità permanente;
€	350.000,00	in caso di invalidità permanente da malattia;
€	60.000,00	per rimborso spese mediche;
€	15,00	di indennità per inabilità temporanea.

CONTEGGIO DEL PREMIO

Numero assicurati	Premio Lordo unitario	Premio Lordo Totale
35.000	€ 5,72	€ 200.200,00
Premio annuo imponibile		€ 195.317,07
Imposte		€ 4.882,93
Premio annuo lordo		€ 200.200,00

La Società

Il Contraente
