

**AXA Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale e Direzione Generale: Corso Como 17, 20154 Milano - Italia  
 PEC: axaassicurazioni@axa.legalmail.it - Capitale Sociale € 232.535.335 interamente versato  
 Ufficio del Registro delle Imprese di Milano-Monza-Brianza-Lodi e C. F. n. 00902170018 - P.IVA GRUPPO IVA AXA ITALIA n. 10534960967 - Numero R.E.A. della C.C.I.A.A. di Milano n. 1576311 Direzione e coordinamento di AXA MEDITERRANEAN HOLDING SAU ai sensi dell'art. 2497 bis C.C.  
 Iscrizione Albo Imprese IVASS n. 1.00025 - Capogruppo del gruppo assicurativo AXA ITALIA iscritto all'Albo Gruppi IVASS con il n. 041  
 Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell'Industria, del commercio e dell'artigianato del 31 dicembre 1935 - (Gazzetta Ufficiale del 9 aprile 1936 n. 83)

**I dati che identificano la sua polizza****Polizza Inf Aziende e Collettività e circolazione 8E58**

Ramo 8	N° polizza 410659187	Codice 005014 Agenzia GAMBONI S.R.L. PERUGIA Indirizzo VIA CAMPO DI MARTE 13/D E 13/E 06124 PERUGIA PG Tel. Fax E-mail
-----------	-------------------------	--

Contraente (denominazione sociale) UNIVERSITA' DEGLI STUDI MILANO BICOCCA		Cod. Cliente ===	Cod. Fiscale / Partita IVA 12621570154	
Indirizzo PIAZZA DELL'ATENEO NUOVO 1		Comune MILANO		Provincia MI
C.A.P. 20121				
Cod. Prodotto 8E58	Allegati che integrano la polizza Set Informativo Mod Ed. 04/2023 N° allegati 0		Regolazione premio SI	Tariffa ===
Tipo ===		Cod. Subagente 000065	Cod. Produttore ===	
La polizza decorre dal 31/12/2023	La polizza scade il 31/12/2025	Scadenza prima rata 31/12/2024	Frazionamento Annuale	Scadenza annuale 31/12/2024
Proroga SI				
Adeguamento automatico NO	N. indice ===	Convenzione ===	Vincolaria ===	
Scadenza vincolo ===				
Polizza sostituita ===	Ramo ===	Ultima quietanza pagata ===	Premio imponibile euro ===	Rischi comuni - N° polizza ===
Ramo ===		Coassicurazione Quota AXA Assicurazioni Cod. Delegataria		n. Polizza Delegataria ===

**Il prezzo della sua copertura assicurativa**

<b>PRIMA RATA</b>	Premio netto euro 13.404,87	Di cui complemento/ diritti euro ===	Premio imponibile euro 13.404,87	Imposte totali euro 335,13	<b>Premio Totale prima rata euro</b> 13.740,00
<b>COMPENSO DELL'AGENTE PER IL SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE PRESTATO AL CLIENTE (spazio riservato all'Agente e al Contraente)</b>					<b>Compenso prima rata euro</b> 0,00
Compenso concordato con l'Agente per il servizio di intermediazione prestato, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. Il presente importo non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile.					
<b>TOTALE A PAGARE PRIMA RATA</b>					<b>13.740,00</b>
<b>RATE SUCCESSIVE</b>	Premio netto euro 13.404,87	Di cui complemento/ diritti euro ===	Premio imponibile euro 13.404,87	Imposte totali euro 335,13	<b>Premio Totale prima rata euro</b> 13.740,00
<b>COMPENSO DELL'AGENTE PER IL SERVIZIO DI INTERMEDIAZIONE PRESTATO AL CLIENTE (spazio riservato all'Agente e al Contraente)</b>					<b>Compenso rate successive euro</b> ===
Compenso concordato con l'Agente per il servizio di intermediazione prestato, come consentito dall'art. 106 e ss. del Codice delle Assicurazioni private e relative norme di attuazione. Il presente importo non è in alcun modo una componente del premio assicurativo, né è ad esso assimilabile.					
<b>TOTALE A PAGARE RATE SUCCESSIVE</b>					<b>13.740,00</b>
<b>PREMIO ANNUO</b>	Premio netto euro 13.404,87	Di cui complemento/ diritti euro ===	Premio imponibile euro 13.404,87	Imposte totali euro 335,13	<b>Premio Totale annuo</b> 13.740,00

Emessa in 3 esemplari	il 29/12/2023	alle ore: 16:12	Data pagamento del premio di rata iniziale .....
-----------------------	---------------	-----------------	---

**Il Contraente**

.....

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

Il Contraente ai sensi degli Art.1892, 1893 e 1910 C.C. dichiara:	<b>SI NO</b>
1) Ha in corso altre assicurazioni con altre compagnie per i rischi previsti nella presente polizza	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
2) Gli sono stati annullati per sinistri contratti per i medesimi rischi assicurati con la presente polizza	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3) Gli assicurati soffrono di malattie gravi, sono affetti da infermità, minorazioni anatomiche, funzionali o imperfezioni fisiche	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
4) I beneficiari designati in caso di morte sono diversi dagli eredi legittimi e/o testamentari	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>

**Avvertenza**

**Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.**

**Il Contraente**

.....



## **COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI DEL PERSONALE E ALTRI SOGGETTI**

Tra: Università degli Studi di Milano - Bicocca  
con sede in: Piazza dell'Ateneo Nuovo 1 – 20126 Milano  
Partita I.V.A.: 12621570154  
e la Spett.le Compagnia Assicuratrice: AXA ASSICURAZIONI – Via Campo di Marte 13 D/E 06126 PERUGIA  
si stipula la presente:

## ***POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA***

Decorrenza della copertura: Ore 24:00 del 31/12/2023  
Scadenza della copertura: Ore 24:00 del 31/12/2025  
Frazionamento: annuale  
Tacito rinnovo (SI/NO - indicare): NO

<i>SEZIONE I - DEFINIZIONI:</i>	3
<i>SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE</i>	5
<i>Art. 1: Durata del contratto</i>	5
<i>Art. 2: Gestione del contratto</i>	5
<i>Art. 3: Oneri Fiscali</i>	5
<i>Art. 4: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede</i>	5
<i>Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente</i>	5
<i>Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto</i>	5
<i>Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa</i>	6
<i>Art. 8: Facoltà di recesso</i>	6
<i>Sezione III – CONDIZIONI PARTICOLARI DELL’ASSICURAZIONE</i>	7
<i>Art. 9 Soggetti assicurati</i>	7
<i>Art. 10: Oggetto dell’assicurazione</i>	7
<i>Art. 11: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali</i>	7
<i>Art. 12: Estensioni della copertura</i>	7
<i>Art. 13: Liquidazione del danno</i>	8
<i>SEZIONE IV – CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI</i>	10
<i>Art. 14: Esclusioni</i>	10
<i>Art. 15: Modalità per la liquidazione dell’indennità</i>	10
<i>Art. 16: Controversie sulla definizione del danno</i>	10
<i>Art. 17: Denuncia dei sinistri – obblighi della Società</i>	10
<i>Art. 18: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede</i>	11
<i>Art. 19: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese Coassicurazione o A.T.I. (operante se del caso)</i>	12
<i>Art. 20: Coesistenza di altre assicurazioni</i>	12
<i>Art. 21: Trattamento dei dati</i>	12
<i>Art. 22: Disposizione finale</i>	12
<i>Art. 23: Tracciabilità dei flussi finanziari</i>	12
<i>Art. 24: Interpretazione del contratto</i>	12
<i>CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA</i>	13

## SEZIONE I - DEFINIZIONI:

---

Ai fini del presente contratto assicurativo, si conviene che e si intende per:

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

**Azienda o Ente**: Università degli Studi di Milano Bicocca, Contraente della polizza;

**Contraente**: Università degli Studi di Milano - Bicocca nonché il soggetto, persona giuridica, che stipula la assicurazione;

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

**Attività del Contraente**: 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.

**Società**: la Compagnia assicuratrice e le eventuali mandanti;

**Broker**: il broker vigente Willis Italia SpA;

**Assicurazione**: il contratto di assicurazione;

**Polizza**: il documento che prova e regola la assicurazione;

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

**Scoperto**: il trasferimento all'Assicurato di una percentuale del sinistro indennizzabile;

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

**Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro;

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

**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;

**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;

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

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

**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;

**Malattia**: l'alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

**Missione**: viaggio autorizzato per motivi di servizio con qualunque mezzo di locomozione dal momento in cui l'assicurato lascia la sua abitazione o il luogo di lavoro fino al momento in cui ne fa ritorno;

**Missione breve**: uscita effettuata per motivi di servizio, con qualunque mezzo di locomozione, in località distante non più di 80 km dalla sede di servizio o dal luogo abituale di dimora con rientro in sede giornalmente;

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

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

**Retribuzione o R.A.L.**: quanto, al lordo delle ritenute, è stato effettivamente percepito dall'assicurato a compenso delle sue prestazioni nei 12 mesi antecedenti quello in cui si è verificato l'evento indennizzabile ai sensi di polizza, con la esclusione di quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti a carattere eccezionale ma compreso l'equivalente di vitto e alloggio qualora dovuto.

Laddove sono indicati termini temporali che innescano decadenze gli stessi sono indicati in giorni. Si conviene che detti termini temporali riportano ad una durata di tempo pari a un anno fittizio nel quale si ipotizza che tutti i mesi siano di 30 giorni, per un totale di 360 giorni complessivi.

## **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.

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

É, inoltre, facoltà della Contraente notificare alla Società la prosecuzione del contratto alle medesime condizioni normative ed economiche fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni immediatamente successivi alla sua scadenza naturale, a fronte di un importo di premio per ogni giorno di copertura pari a 1/360 del premio annuale, che verrà corrisposto entro 90 (novanta) giorni dalla data di decorrenza della prosecuzione.

### **Art. 2: Gestione del contratto**

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

Anche ai sensi del D. Lgs. 209/05 Codice delle Assicurazioni e s.m.i., la Contraente e la Società si danno reciprocamente atto che tutti i rapporti, compreso il pagamento dei premi, avverranno per il tramite del broker; la Società dà atto che il pagamento dei premi al broker è liberatorio per la Contraente, e riconosce ad esso un periodo di differimento per la loro corresponsione con scadenza il 10° giorno del mese successivo a quello in cui il broker ha comunicato alla Società l'avvenuto incasso.

Tutte le comunicazioni riguardanti il contratto – che dovranno essere necessariamente inviate a mezzo posta raccomandata, posta elettronica certificata PEC o posta elettronica con avviso di ricevuta - avverranno anch'esse per il tramite del suddetto broker, che viene quindi riconosciuto dalle parti quale mittente e/o destinatario in luogo e per conto delle stesse.

### **Art. 3: Oneri Fiscali**

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

### **Art. 4: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e buona fede**

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

Le parti convengono che le variazioni che comportano aggravamento del rischio conseguenti a disposizioni di leggi, di regolamenti o di atti amministrativi, non sono soggette alla disciplina dell'art. 1898 del Codice Civile e l'eventuale nuovo rischio rientra automaticamente in garanzia senza modifica del premio.

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

### **Art. 5: Riferimento alle norme di legge - Foro competente**

Per quanto non previsto dalle presenti condizioni contrattuali – che verranno interpretate in maniera favorevole all'Assicurato, qualora fossero discordanti tra loro - valgono unicamente le norme stabilite dalla legge italiana, alla quale si fa rinvio per tutto quanto non è qui diversamente regolato.

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

### **Art. 6: Pagamento del premio - Termini di rispetto**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

È data facoltà alla Contraente di effettuare il pagamento della prima rata di premio, entro i 90 giorni successivi alla data di decorrenza del contratto.

È data inoltre facoltà alla Contraente di effettuare il pagamento del premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza e di eventuali variazioni contrattuali entro 90 giorni dalla data di ricezione delle appendici.

Se la Contraente non paga i premi, o le rate di premio, successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Per i contratti scaduti, il mancato pagamento del premio di regolazione nei termini stabiliti libera la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, dall'obbligo per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

---

**Art. 7: Rinuncia al diritto di rivalsa**

Salvo il caso di dolo, la Società dichiara di rinunciare all'azione di surroga che possa competere ai sensi dell'art. 1916 del C.C. .

---

**Art. 8: Facoltà di recesso**

Avvenuto un sinistro e sino al 30° giorno successivo alla sua definizione, ciascuna delle parti può recedere dal contratto previa comunicazione all'altra con lettera raccomandata A.R. o con posta elettronica certificata PEC.

In tale caso la copertura assicurativa rimarrà efficace per ulteriori 120 giorni dal ricevimento dell'avviso di recesso (o per una minor durata, secondo quanto verrà eventualmente richiesto dalla Contraente).

Nei 30 giorni successivi al termine di tale periodo la Società rimborserà alla 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) cadente 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 l'Ente dovrà corrispondere (nei termini di cui all'art. Pagamento del premio che precede) per il periodo corrente da tale data di scadenza intermedia fino alla data di termine della copertura assicurativa, calcolato in misura pari a 1/360 del premio annuale per ogni giorno di copertura.

## Sezione III – CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE

---

### Art. 9 Soggetti assicurati

---

Sono assicurati i soggetti rientranti nelle categorie di seguito elencate e richiamati nella scheda di conteggio del premio del presente contratto:

1. Soggetti in missione e missione breve;
2. Componenti (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente, dipendenti di ogni livello, direttori e dirigenti dell'Ente, parasubordinati, temporanei, occasionali, a progetto, accessori alla guida di veicoli di proprietà o in uso a qualunque titolo alla Contraente.

### Art. 10: Oggetto dell'assicurazione

---

Oggetto dell'assicurazione sono gli infortuni 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.

### Art. 11: Efficacia della copertura assicurativa – Limiti territoriali

---

La copertura assicurativa si riferisce agli infortuni sofferti dagli assicurati:

- a. Di cui al punto n. 1 dell'Art. Soggetti assicurati: mentre si trovano in viaggio per Missione e/o per Missione Breve per conto della Contraente. La garanzia prende effetto dall'inizio del viaggio indipendentemente se esso avvenga dal luogo di abituale dimora dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro, e termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di appartenenza.  
L'assicurazione vale per tutto il Mondo.
- b. Di cui al punto n. 2 dell'Art. Soggetti assicurati: in occasione della guida di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato all'Ente.  
L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia in caso di fermata del veicolo, le operazioni di rifornimento del veicolo e ogni altra operazione ad esse assimilabile.  
L'assicurazione vale per tutto il Mondo.

### Art. 12: Estensioni della copertura

---

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

- imprudenze e negligenze anche gravi;
- malore ed incoscienza, purché non determinati da uso di sostanze stupefacenti o simili assorbite per scopi non terapeutici;
- abuso di alcolici, purché non alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- tumulti popolari, atti di pirateria, atti terroristici, aggressioni, atti violenti qualunque ne sia il movente
- calamità naturali; limitatamente alla presente estensione di garanzia, nel caso di infortunio che riguardi contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo a carico della Società non potrà superare l'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni/00) per anno assicurativo; superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte;
- stati di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;

nonché:

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



- i morsi di animali o punture di insetti.

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

### **Art. 13: 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 C.C., e ciò anche se il corpo dell'assicurato non è stato ritrovato ma si presume che il decesso sia avvenuto a seguito di infortunio; qualora la Società abbia pagato l'indennità dovuta e dopo ciò risulti che l'assicurato sia vivo, la stessa avrà diritto alla restituzione della somma liquidata ed a restituzione avvenuta l'assicurato potrà far valere i propri diritti nel caso di invalidità permanente.

Qualora il decesso avvenga in una località diversa da quella della sede di lavoro o della residenza dell'Assicurato, la Società rimborserà altresì fino alla concorrenza di euro 2.000,00 (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" e successive modifiche.

La Società rinuncia 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.

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 causate 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.

Resta comunque convenuto che l'invalidità permanente di grado pari o superiore al 50%, conseguente ad un infortunio indennizzabile ai termini di polizza, verrà indennizzata al 100% della somma assicurata.

3. In caso di infortunio che abbia per conseguenza una **inabilità temporanea**, la indennità giornaliera sarà erogata – indipendentemente da eventuali indennizzi dovuti in virtù di altre garanzie previste dalla polizza – a decorrere dal giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio e fino al giorno precedente quello della avvenuta guarigione, con riduzione al 50% per il periodo durante il quale la inabilità è stata parziale.
4. Se in conseguenza ad un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'assicurato viene ricoverato in Istituto di cura legalmente riconosciuto, sarà corrisposta una indennità giornaliera, c.d. **diaria da ricovero**, per un periodo massimo di 360 giorni, anche non consecutivi, a partire dal primo giorno. La diaria viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero. L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per more, invalidità permanente e inabilità temporanea.
5. In caso di infortunio verranno rimborsate, fino alla concorrenza per evento e anno assicurativo dell'importo indicato per la categoria interessata, le **spese sostenute**, come diretta conseguenza dell'infortunio stesso, quali, a titolo esemplificativo e non limitativo:
  - ◇ spese di ricovero, rette di degenza,
  - ◇ onorari dei chirurghi e dell'equipe operatoria,
  - ◇ uso della sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e endoprotesi applicati durante l'intervento,
  - ◇ esami, esami di laboratorio, accertamenti diagnostici,
  - ◇ trattamenti fisioterapici e rieducativi, bagni, forni e altre cure mediche occorrenti,
  - ◇ trasporto dell'assicurato in ospedale o in clinica e il ritorno a casa effettuato con ambulanza e/o mezzi speciali di soccorso,
  - ◇ prestazioni mediche e infermieristiche, medicinali, sangue, plasma, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari e attrezzature similari incluse lenti ed occhiali a seguito di rottura conseguente ad infortunio indennizzabile,
  - ◇ prestazioni odontoiatriche e odontotecniche,
  - ◇ acquisto di lenti correttive.

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

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

La Società effettuerà i rimborsi, previa presentazione dei documenti giustificativi di spesa in originale, a cura ultimata.

In caso di infortunio subito in occasione di **viaggio aereo** (comprese le fasi di imbarco e di sbarco e intendendo in garanzia il viaggio solo se effettuato dall'assicurato in qualità di passeggero a bordo di velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linea aerea regolare e non regolare, di aerotaxi, di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati – esclusi aeroclubs - per attività turistica e di trasferimento, nonché di società di lavoro aereo durante il trasporto pubblico di passeggeri, o per attività di protezione civile e/o di emergenza sanitaria - elisoccorso), la somma degli indennizzi spettanti non potrà superare complessivamente per aeromobile l'importo di euro 6.000.000,00 (seimilioni/00); superando questo limite, le indennità spettanti verranno proporzionalmente ridotte.

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

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.

Non è prevista l'applicazione di alcuna franchigia.

## **SEZIONE IV – CONDIZIONI VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI**

---

### **Art. 14: Esclusioni**

---

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

- azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dalla accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni, non riconducibili a scopi scientifici e/o diagnostici oggetto di attività dell'Ente;
- guerra od insurrezione, ad eccezione di quanto previsto dagli artt. Estensione della copertura che precedono;
- guida di mezzi di locomozione aerei;
- guida di veicoli o natanti per cui l'assicurato non sia regolarmente abilitato.

### **Art. 15: 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 5. 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.

### **Art. 16: Controversie sulla definizione del danno**

---

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

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

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

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

### **Art. 17: Denuncia dei sinistri – obblighi della Società**

---

La denuncia del sinistro verrà effettuata per iscritto alla Società dall'Ente, per il tramite del broker, entro quindici giorni lavorativi dall'evento o da quanto la stessa ne sia venuta a conoscenza, e conterrà l'indicazione del giorno, luogo e ora dell'evento, la descrizione delle cause che lo determinarono nonché tutti gli elementi atti a consentire una adeguata ricostruzione dell'evento, e conterrà le certificazioni mediche e ogni ulteriore documentazione necessaria.

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

Inoltre, e sempre a questo scopo, l'assicurato si obbliga a liberare dal segreto professionale i medici curanti o dallo stesso interessati.

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

La Società fornirà trimestralmente all'Ente, per il tramite del broker, un elenco riepilogativo dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, in formato excel modificabile, riportante:

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

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

Si precisa inoltre che l'obbligo di fornire i suddetti tabulati permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta da parte del Contraente, anche per il tramite del Broker, da inviarsi con cadenza annuale a far tempo dalla data di cessazione della polizza.

#### **Art. 18: Costituzione del premio e regolazione – Altre assicurazioni - Buona fede**

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

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

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

Trascorso senza esito il termine sopra indicato l'assicurazione resta sospesa nei confronti della Contraente inadempiente, e per essa riprende la sua efficacia dalle ore 24 del giorno di avvenuta comunicazione scritta di tali dati. A polizza scaduta, la Società non é obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

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

Per "parametri di riferimento" si intende:

- per la Categoria di rischio nr. 1: numero di giornate effettive di missioni autorizzate.  
Si precisa che per tale Categoria il premio annuo anticipato è calcolato come segue:
  - a) 1.800 (numero di giornate preventivate di missione in USA) moltiplicato per il premio unitario indicato nella scheda di conteggio del premio;
  - b) 20.000 (numero di giornate preventivate di missione nel resto del mondo, comprese 1.000 giornate di missioni brevi forfetarie non soggette a regolazione) moltiplicato per il premio unitario indicato nella scheda di conteggio del premio;
- per la Categorie di rischio nr. 2: il numero di veicoli di proprietà o in locazione e/o comodato e/o in uso a qualunque titolo alla Contraente.

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

Si conviene che, ove l'Ente abbia in buona fede ommesso 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. 19: Partecipazione delle Società – Associazione temporanea di imprese Coassicurazione o A.T.I. (operante se del caso)**

---

Sia nel caso di R.T.I., in applicazione al D.Lgs. n. 36/2023, che di coassicurazione, l'assicurazione è ripartita per quote tra le società indicate nel riparto del premio, ferma restando, a parziale deroga dell'art.1911 Cod. Civ., la solidarietà fra le stesse per il pagamento dell'indennità assicurata.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria, la quale provvederà ad informarle ed a recuperare presso di esse gli eventuali importi liquidati/anticipati per conto di esse.

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

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

La sottoscritta Società Delegataria dichiara di aver ricevuto mandato dalle Coassicuratrici indicate negli atti suddetti (polizza e appendici) a firmarli anche in loro nome e per loro conto.

Pertanto la firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici.

---

**Art. 20: Coesistenza di altre assicurazioni**

---

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

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

---

**Art. 21: Trattamento dei dati**

---

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

---

**Art. 22: Disposizione finale**

---

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

---

**Art. 23: Tracciabilità dei flussi finanziari**

---

La Società assicuratrice, la Società di brokeraggio assicurativo, 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. 24: Interpretazione del contratto**

---

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

**CONTEGGIO DEL PREMIO DI POLIZZA**

Destinatari dell'Assicurazione	Capitali assicurati					Parametro di calcolo	Premio imp.le unitario	Premio imp.le totale
	Caso Morte	Invaldit� permanente	Indennit� giornaliera da ricovero	Spese mediche in USA	Spese mediche nel resto del mondo			
1. Soggetti in missione e missione breve						-nr. 1.800 giornate di missione in Usa	0,975610	1.756,10
	� 150.000	� 150.000	� 40	� 20.000	� 3.000	- nr. 20.000 giornate di missione nel resto del mondo (comprese nr. 1.000 giornate di missioni brevi forfetarie <u>non soggette a regolazione</u> )	0,575610	11.512,20
2. Componenti (anche non dipendenti) degli Organi e/o Organismi Istituzionali dell'Ente, dipendenti, direttori e dirigenti alla guida di veicoli dell'Ente	� 150.000	� 150.000	� 60	Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio: � 5.000		Nr. veicoli 7	19,512195	136,59
<b>Totale premio imp.le</b>	� 13.404,89							
<b>Imposte</b>	� 335,11							
<b>Totale premio lordo annuo</b>	� 13.740,00							

PAGINA DA **NON** COMPILARE IN SEDE DI OFFERTA