

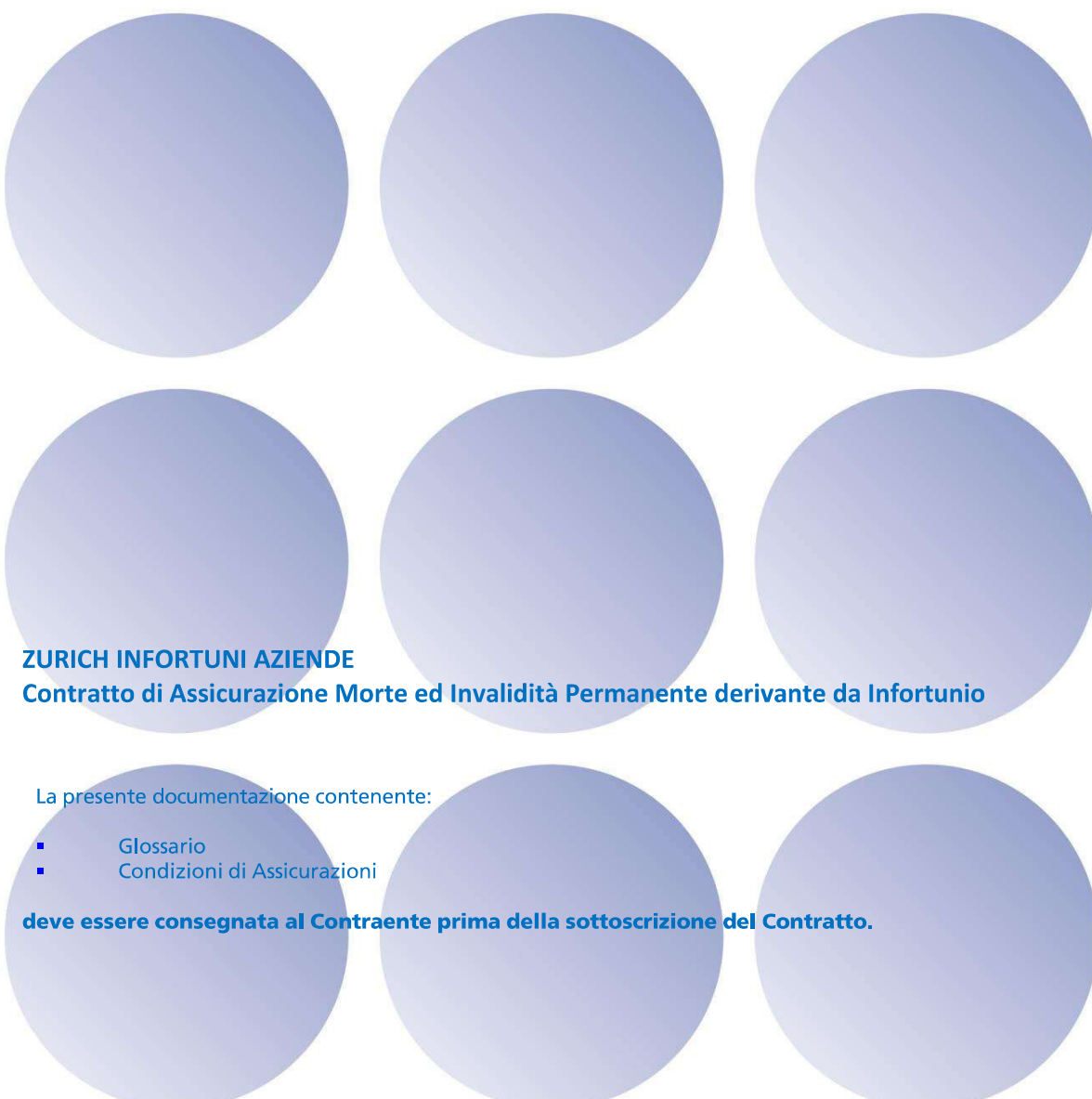


Polizza di Assicurazione Zurich Tutti Protetti Aziende

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Z084174 CIG 881851659D

GC2111P000Z084174 00000000000001



**ZURICH INFORTUNI AZIENDE**

**Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità Permanente derivante da Infortunio**

La presente documentazione contenente:

- Glossario
- Condizioni di Assicurazioni

**deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.**

GC2111P000Z084174 00000000000001



## Welcome to Zurich

As part of Zurich Financial Services Group, one of the world's largest insurance and financial services providers, we are able to provide innovative insurance solutions, products and services tailored to customers' domestic and international needs through a global integrated platform.

Our global network enables us to operate across national, regional and functional boundaries. We provide our customers with the benefit of our international expertise and detailed local knowledge.

At Zurich we believe in working closely with our customers and look forward to continue working with you.



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAGLIARI

Direzione Acquisti e Appalti

**Servizi di copertura assicurativa dell'Università degli Studi di Cagliari**  
**Lotto 2 Infortuni studenti**  
**CAPITOLATO TECNICO**

GC2111P000Z084174 00000000000001



Sommario

**Definizioni**..... 4

**Attività assicurata e descrizione del rischio** ..... 7

**SEZIONE 1 – Condizioni Generali dell’Assicurazione C.G.A.**..... 7

**Art. 1 – Durata dell’assicurazione - Rinnovo – Proroga - Disdetta**..... 7

**Art. 2 – Pagamento del premio e delle appendici comportanti un premio – Decorrenza dell’assicurazione** ..... 8

**Art. 3 – Pagamento dell’indennizzo**..... 9

**Art. 4 – Variazioni di rischio** ..... 9

**Art. 5 – Obbligo di fornire dati sull’andamento del rischio - Rendicontazione sinistri** .....10

**Art. 6 – Obblighi in caso di sinistro - Denuncia dei sinistri** .....12

**Art. 7 – Regolazione del premio**.....12

**Art. 8 – Assicurazione per conto di chi spetta** .....13

**Art. 10 – Rinuncia alla rivalsa** .....13

**Art. 11 – Prova del contratto** .....13

**Art. 12 - Validità delle norme dattiloscritte**.....14

**Art. 13 - Forma delle comunicazioni** .....14

**Art. 14 - Interpretazione del Contratto**.....14

Art. 15 – Facoltà di recesso .....	14
Art. 16 - Recesso per Sinistro.....	14
Art. 17 – Penali .....	15
Art. 18 - Coassicurazione e Delega (operante se ricorre il caso).....	15
Art. 19 – Assicurazione presso diversi assicuratori .....	16
Art. 20 – Estensione territoriale .....	17
Art. 21 – Garanzia definitiva .....	17
Art. 22 – Oneri fiscali .....	18
Art. 24 – Tracciabilità dei flussi finanziari.....	18
Art. 25 – Trattamento dei dati e tutela della privacy .....	19
Art. 26 – Variazione del contraente .....	19
Art. 27 – Variazione normativa .....	19
Art. 28 – Foro competente.....	19
Art. 29 - Rinvio alle norme di Legge.....	19
<b>SEZIONE 2 - Condizioni particolari dell'Assicurazione .....</b>	<b>19</b>
Art. 30 - Oggetto dell'assicurazione.....	19
Art. 31 - Precisazioni ed estensioni di garanzia.....	22
Art. 32 – Rischi esclusi.....	23
Art. 33 - Criteri di indennizzabilità.....	24
Art. 34 – Liquidazione dell'indennità.....	25
Art. 35 – Anticipi indennizzi .....	26
Art. 36 - Parametro per il calcolo del premio – Premio annuo lordo .....	26
Art. 37 - Spese per onorari periti e consulenti - spese peritali .....	26
Art. 38 - Controversi .....	26
Art. 39 – Massimali, Scoperti e Franchigie .....	27

GC2111P000Z084174 0000000000001



### Definizioni

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

**Annualità assicurativa o periodo assicurativo:** il periodo compreso fra la data di effetto e la data di scadenza anniversaria, o tra due date di scadenza anniversaria fra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza anniversaria e la scadenza finale dell'assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione con cui viene trasferito il rischio dall'Assicurato alla Società.

**Assicurato:** la persona fisica (indipendentemente dall'età) o giuridica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione.

Il contratto di assicurazione è operante per gli infortuni che tutti gli iscritti presso l'Università degli Studi di Cagliari subiscano durante la partecipazione all'attività istituzionalmente organizzata dal Contraente, sia in Italia che all'estero, o preventivamente autorizzata dai responsabili scientifici, didattici o di struttura del Contraente. Per iscritti a titolo esemplificativo e non limitativo si intendono:

- a) **gli studenti dell'Ateneo**, intendendo a titolo esemplificativo e non limitativo i soggetti di qualsiasi cittadinanza iscritti regolarmente, anche fuori corso e part-time, a:
- corsi di laurea,
  - corsi di diploma,
  - corsi di perfezionamento,
  - scuole di specializzazione,
  - corsi di dottorato di ricerca,
  - soggetti titolari di borse di ricerca,
  - studenti Erasmus,
  - tirocinanti post-lauream anche all'estero,
  - corsisti specializzandi,
  - studenti ammessi con riserva ma non iscritti,
  - studenti incoming,
  - studenti provenienti anche da altri Atenei anche stranieri,
  - corsi di master di qualsiasi livello,
  - assegnatari di borse di studio anche all'estero,
  - studenti collaboratori di tutorato ex art. 13 D.Lgs. 341/90,
  - studenti collaboratori 150 ore,
  - soggetti per i quali sussiste un obbligo di tirocinio,
  - assegnisti di ricerca,
  - studenti stranieri nell'ambito di scambi culturali nel corso dello svolgimento dell'attività sia presso l'Università degli Studi di Cagliari e anche quando si recano in base ad accordie/o convenzioni presso altre istituzioni Universitarie, Enti o Aziende o presso terzi in generale per svolgere attività di studio, ricerca, stage, tirocini formativi e di orientamento, visite di istruzione ecc., comprese le attività svolte all'estero (anche quelle incluse nei programmi ERASMUS),
  - studenti dell'Università degli Studi di Cagliari nell'ambito di scambi culturali nel corso dello svolgimento dell'attività quando si recano in base ad accordi e/o convenzioni presso altre istituzioni Universitarie, Enti o Aziende o presso terzi in generale per svolgere attività di studio, ricerca, stage, tirocini formativi e di orientamento, visite di istruzione ecc. (anche quelle incluse nei programmi ERASMUS);
- b) i neolaureati (intendendosi coloro che hanno conseguito il titolo da non più di diciotto mesi) e i laureati frequentatori;
- c) ulteriori eventuali figure simili che potranno essere previste in futuro, non necessariamente iscritte all'Ateneo e per le quali l'Ateneo chiederà il contributo assicurativo o assumerà la garanzia assicurativa.

Rientrano nella copertura le attività di collaborazione studentesca a tempo parziale, di cui all'art. 11, comma 3, D.Lgs. 2012, n. 68, secondo quanto disposto all'art. 10, comma 6 del Regolamento approvato con D.R. n. 60 del 20/10/2016. Le categorie e le attività disciplinate dal predetto regolamento sono:

- a) **studenti prendi appunti ed aiuto allo studio** che prestano attività di sostegno agli studenti con disabilità e D.S.A. (disturbi specifici di apprendimento) che hanno difficoltà oggettive a prendere appunti durante le lezioni e/o per la preparazione degli esami;

GC2111P000Z084174 00000000000001



- b) **studenti facenti parte di Associazioni studentesche** e non che svolgono attività di volontariato all'interno degli uffici dell'Università (previa stipula di apposita convenzione che disciplina il numero delle ore e la tipologia di attività).

**Attività dell'Ente:** l'esercizio delle attività (sia in presenza che in modalità telematica) e competenze previste e/o consentite e/o delegate da leggi, regolamenti o altri atti amministrativi, e le attività accessorie, complementari, connesse e collegate, preliminari e conseguenti alle principali, nessuna esclusa e comunque svolte, nonché di tutte le attività deliberate nel corso della durata dell'assicurazione, anche avvalendosi di strutture di terzi, e/o affidando a terzi l'utilizzo di proprie strutture.

**Beni immobili:** fabbricati, edificati, containers vincolati a terra, strutture tenso-statiche o pneumatiche, impianti, supporti e basamenti, o loro parti, di proprietà dell'Ente o dallo stesso assunti in locazione, comodato, uso o altro titolo, compresi fissi, infissi, impianti, condutture, installazioni, recinzioni, cancellate, strade, piazzali, serre, parchi e giardini in genere e quant'altro destinato a servizio o ornamento del bene, anche in corso di costruzione. In caso di assicurazione di porzione di fabbricato la definizione si intende riferita a tale porzione ed alla quota di partecipazione delle parti comuni del fabbricato stesso ad essa spettante. Si intendono altresì inclusi gli impianti sportivi in genere e quant'altro attinente l'attività istituzionale dell'Ente, nulla escluso né eccettuato.

**Beneficiario:** in caso di morte dell'assicurato, gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.

**Comunicazione:** si intendono tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni nell'ambito della polizza, effettuate per PEC in firma digitale. Resta inteso che avrà valore la data di invio risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione.

**Conciliazione:** la composizione di una controversia a seguito dello svolgimento della mediazione (D. Lgs. 4.3.2010 n° 28).

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

**Danno:** il pregiudizio economico in capo all'Assicurato causato da un Sinistro indennizzabile sulla base delle condizioni tutte di Polizza, senza tenere conto di eventuali detrazioni (scoperti e franchigie) e limiti di Indennizzo.

**Danno corporale:** il pregiudizio economico conseguente la lesione e/o la morte di persone, il danno alla salute, o biologico, nonché il danno morale.

**Ente:** Università degli Studi di Cagliari, Contraente della polizza

**Enti Assicurati:** beni oggetto di copertura assicurativa

**Franchigia:** la parte di danno indennizzabile espressa in valore fisso che resta a carico dell'assicurato, anche se anticipata dalla Società.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società, in caso di sinistro, all'Assicurato e/o agli aventi diritto.

**Infortunio:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte e/o una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea e/o un ricovero e/o un rimborso spese.

**Invalidità permanente:** la diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

**Inabilità temporanea:** la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato di svolgere una generica e normale attività od un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

**Istituto di cura:** l'ospedale pubblico, la clinica, la casa di cura sia accreditati presso il Servizio Sanitario Nazionale che privati, legalmente riconosciuti e regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, nonché qualsiasi altro istituto e/o struttura per convalescenza o per lunga degenza, dotato di attrezzature per il pernottamento di pazienti e per la terapia di eventi morbosi o lesivi, autorizzato all'erogazione di assistenza socio-sanitaria e/o ospedaliera.

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendo per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili

**Massimale per sinistro:** la massima esposizione economica della Società per sinistro.

**Massimale per anno:** la massima esposizione economica della Società per uno o più sinistri durante la medesima annualità assicurativa o periodo assicurativo.

**Massimale per sinistro:** la massima esposizione economica della Società per ogni sinistro.

**Morte presunta:** il mancato ritrovamento del corpo dell'Assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificata al caso di morte e parimenti indennizzata.

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Ricovero:** la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

GC2111P000Z084174 0000000000001



**Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

**Risarcimento:** la somma dovuta al danneggiato in caso di sinistro.

**Scoperto:** la parte di danno indennizzabile che l'Assicurato tiene a suo carico.

**Sedi:** tutti gli stabilimenti, gli uffici, i depositi, le strutture museali e bibliotecarie, gli impianti di qualsiasi tipo (anche senza presenza di personale), i terreni agricoli, e non, le aree di scavo archeologico, e in genere qualsiasi edificio e luogo ovunque ubicati sul territorio del mondo intero, anche occasionalmente o presso terzi, in cui l'Assicurato esercita la sua attività comprese quelle afferenti fini sociali, culturali ed educativi.

**Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa. **Società:** l'impresa assicuratrice aggiudicataria nonché le eventuali coassicuratrici o mandanti.

#### **Terrorismo e sabotaggio:**

per **atto di terrorismo** si intende qualsiasi atto, ivi compreso l'uso della forza o della violenza e/o minaccia, da parte di qualsivoglia persona o gruppo di persone, sia che essi agiscano per sé o per conto altrui, o in riferimento o collegamento a qualsiasi organizzazione o governo, perpetrato a scopi politici, religiosi, ideologici, etnici, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o incutere o provocare uno stato di terrore o paura nella popolazione o parte di essa per i predetti scopi;

per **atto di sabotaggio**, anche organizzato, si intende qualsiasi atto di chi, per motivi politici, militari, religiosi o simili, distrugge, danneggia o rende inservibili le cose assicurate al solo scopo di impedire, intralciare, turbare o rallentare il normale svolgimento dell'attività.

#### **Attività assicurata e descrizione del rischio**

Il contratto di polizza è stipulato per tutte le categorie per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività del Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso o da questi autorizzate.

Si ritengono quindi coperti gli infortuni subiti durante la frequenza e permanenza presso l'Ateneo, la partecipazione ad iniziative o manifestazioni indette dall'Università, comprese quelle di carattere sportivo, attività ludiche svolte dagli studenti negli impianti di proprietà dell'Università gestiti dal CUS e nelle altre strutture universitarie, nonché durante la didattica a distanza.

Rientrano in garanzia tutti gli infortuni occorsi nelle medesime circostanze di cui sopra anche quando accaduti presso strutture equiparabili, omologhe, assimilabili, di supporto o collegate, o attraverso cui si esplica l'attività istituzionale dell'Università e anche durante le attività svolte (a puro titolo esemplificativo e non limitativo) presso laboratori didattici e di ricerca, centri di studio, campi sperimentali, stabilimenti industriali, commerciali, agricoli e del terziario, stabilimenti marittimi e specchi d'acqua, laghi e fiumi, mari, piscine, terreni agricoli, stalle, scavi archeologici, grotte, sentieri di montagna e territori rupestri, miniere, cantieri con accesso a ponteggi e durante lo svolgimento di visite guidate, viaggi di studio con ogni mezzo, tirocini pratici, purché dietro autorizzazione scritta

o altro atto attestante il riconoscimento delle attività svolte da parte di un responsabile didattico o di struttura del Contraente o di altri Organi o Soggetti a ciò preposti. Inoltre, rientra in garanzia l'attività di immersione subacquea effettuata dagli studenti nell'ambito delle attività didattiche connesse a particolari Corsi di Laurea.

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

L'assicurazione si estende alle infezioni microbiche, virali e/o parassitarie e agli assorbimenti violenti di gas tossici, e ai rischi legati all'esposizione alle sostanze radioattive, anche se non conseguenti a trauma ed anche quando si sia verificato un contatto accidentale e visibile con sostanze infettive, subiti dagli assicurati in servizio o per causa di servizio.

Relativamente alla categoria degli studenti "medici specializzandi" farà fede quanto riportato dalla normativa vigente, ex D. Lgs. 358/99 e ss.mm.ii. In particolare, la copertura assicurativa si intende operante limitatamente alle attività didattiche svolte presso le strutture universitarie e non, esclusa l'attività assistenziale svolta dal medico in formazione specialistica presso le strutture sanitarie.

La garanzia è inoltre operante per quanto tutto disciplinato con riferimento alle norme in materia di didattica a distanza.

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

GC2111P000Z084174 0000000000001



### SEZIONE 1 – Condizioni Generali dell'Assicurazione C.G.A.

#### Art. 1 – Durata dell'assicurazione - Rinnovo – Proroga - Disdetta

La durata del contratto di assicurazione è di **24 mesi** decorrenti dal **15/01/2022 al 15/01/2024** e **è** automaticamente senza obbligo di disdetta. Alla scadenza (fissata in 24 mesi) è facoltà del Contraente procedere al rinnovo del contratto, previa richiesta alla Società assicurativa entro **60 giorni naturali consecutivi** dalla scadenza della stessa polizza, per una ulteriore durata di **24 mesi** alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore.

**Si precisa che la scadenza delle polizze attuali è il 15.01.2022. L'operatore si impegna pertanto ad emettere le polizze nel rispetto del suddetto termine garantendo la copertura senza soluzione di continuità.**

È facoltà del Contraente, entro la naturale scadenza, richiedere alla Società la proroga tecnica della presente Polizza di Assicurazione, fino al completo espletamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione e comunque per un periodo non superiore a 6 (sei) mesi. La Società s'impegna a prorogare la Polizza di Assicurazione, per il periodo suddetto, alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, in vigore e il relativo rateo di premio (avente importo calcolato sull'effettiva durata della proroga pari a quello corrispondente ad ogni giorno di copertura pari a 1/365 del premio annuale per il numero di giorni) verrà corrisposto entro **60 giorni naturali e consecutivi** dall'inizio della proroga.

In tal caso si precisa che i massimali e i limiti di risarcimento, previsti dai documenti di gara al netto dell'eventuale offerta migliorativa presentata dalla Società, si intendono garantiti per l'intero importo senza alcuna riduzione in proporzione alla durata della proroga rispetto alla durata annuale; ugualmente le franchigie previste, al netto dell'eventuale offerta migliorativa presentata dalla Società, non verranno ridotte.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni CONSIP o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13 del DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'Assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 60 giorni e decorrerà dalla naturale scadenza annuale della copertura assicurativa.

#### Art. 2 – Pagamento del premio e delle appendici comportanti un premio – Decorrenza dell'assicurazione

Il premio del contratto di polizza verrà corrisposto con scadenza annuale.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nell'articolo "**Durata dell'assicurazione Rinnovo – Proroga – Disdetta**" ancorché il premio venga versato entro i **60 giorni** successivi al medesimo, sempreché nel frattempo la Società abbia trasmesso, e siano stati ricevuti, i documenti contrattuali in originale; diversamente, il periodo di differimento viene esteso fino al **30-esimo giorno** successivo a quello del loro ricevimento.

Se il Contraente non paga i premi, le rate di premio successive e le eventuali appendici comportanti un premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del **60° (sessantesimo) giorno** dopo quello di scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

L'Amministrazione pertanto pagherà alla Società:

- a. entro **60 giorni** dalla data di decorrenza della copertura, il premio annuale di prima rata convenuto;
- b. entro **60 giorni** dalla data di ricezione dell'appendice:
  - il premio di regolazione disposto dal corrispondente articolo di polizza
  - il premio di eventuali variazioni contrattuali, se non diversamente convenuto.

I pagamenti saranno effettuati con ordinativi intestati all'appaltatore ed esigibili presso il Banco di Sardegna, sede di Cagliari, Istituto Cassiere dell'Università, secondo le modalità convenute con l'appaltatore e nel rispetto degli obblighi previsti dall'art 3 della Legge 2010, n. 136.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

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

- L'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e Finanze del 18 gennaio 2008 n° 40 e della Circolare del medesimo Dicastero n.22 del 29/07/2008, ivi compreso il periodo di sospensione di 60 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario del presente contratto di Polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata. Resta inteso che i termini di pagamento verranno sospesi nel caso vengano contestate all'appaltatore inadempienze nell'esecuzione del servizio che abbiano comportato l'applicazione delle penali. In tali casi i termini di pagamento decorreranno dalla data di definizione del contenzioso, accertato che non sussistano penali da applicare.

GC2111P000Z084174 0000000000001



### Art. 3 – Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società deve formulare la proposta di indennizzo entro **30 giorni naturali e consecutivi**. La Società deve inoltre provvedere al pagamento dell'indennizzo entro **60 giorni naturali e consecutivi** dall'accettazione da parte del Contraente della quantificazione del danno, sempre che non sia stata fatta opposizione. In casi di opposizione promossa dalla Società, l'Assicurato avrà comunque il diritto, nei termini di cui sopra, alla liquidazione parziale dell'importo pari alla minore somma proposta dall'opponente, salvi e impregiudicati i reciproci diritti e obblighi tutti derivanti dall'opposizione stessa. Se è stata aperta una procedura giudiziaria sulla causa del sinistro, il pagamento sarà effettuato solo a fronte dell'impegno dell'Assicurato di restituire quanto percepito, maggiorato di eventuali interessi legali, qualora dal certificato di chiusa istruttoria o dalla sentenza definitiva risulti una causa di inoperatività della garanzia.

### Art. 4 – Variazioni di rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza e relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio così come la mancata comunicazione di successivi aggravamenti di rischio, non comporteranno decadenza del diritto all'indennizzo, né riduzione dello stesso, né cessazione dell'assicurazione di cui agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile salvo il caso di dolo.

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

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili, che determinano una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze tali che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto, la Società non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

Le variazioni che devono essere comunicate concernono circostanze di fatto interne all'organizzazione del Contraente in grado di determinare un aggravamento del rischio rilevante. Il Contraente non è tenuto a comunicare variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali conseguenti a pronunce di merito o di legittimità.

Qualsiasi circostanza intervenuta successivamente all'aggiudicazione del servizio di assicurazione, che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente paragrafo, deve essere comunicata per iscritto dal Contraente alla Società entro trenta giorni dall'intervenuta conoscenza. Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 C.C. con rinuncia al relativo diritto di recesso.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni e gli annullamenti per sinistro che avessero colpito le polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione del Contratto di Polizza.

Tutte le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto e trasmesse via PEC con firma digitale.

### Art. 5 – Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio - Rendicontazione sinistri

Pena l'applicazione della penale di cui all'art. "Penali", la Società:

1. entro **30 giorni** dal termine di ciascuna annualità assicurativa,
2. entro **180 giorni** antecedenti la scadenza finale del contratto,
3. nonché, in ogni caso di risoluzione anticipata del contratto, contestualmente all'esercizio del recesso,
4. oltre la scadenza contrattuale, al 31.12 di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri, così articolato:
  - ✓ sinistri denunciati con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, data di denuncia, tipologia e descrizione dell'evento, del nome della controparte, della richiesta di risarcimento e relativa data di richiesta,
  - ✓ lo stato per ciascun sinistro come di seguito elencato:
    - a) sinistri riservati con indicazione del numero e dell'importo a riserva;
    - b) sinistri pagati parzialmente con indicazione del numero e dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
    - c) sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
    - d) sinistri senza seguito;
    - e) sinistri respinti (mettendo a disposizione, se richiesto, le motivazioni scritte).

Tutti i sinistri dovranno essere corredati del numero attribuito dalla Società, di data di denuncia della pratica presso la stessa, di data di accadimento del sinistro denunciato, data della richiesta di risarcimento danni, indicazione dei danni, nominativo della controparte, tipologia e descrizione dell'evento e data dell'eventuale chiusura della pratica per liquidazione o altro motivo.

La Società espressamente riconosce che le previsioni contenute nel presente articolo:

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

Le predette informazioni possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza di Assicurazione, fino alla definizione di tutte le pratiche.

GC2111P000Z084174 0000000000001



La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro, e non oltre, **30 giorni naturali consecutivi** dalla ricezione della richiesta inviata via PEC dal Contraente.

Il monitoraggio deve essere fornito progressivamente, cioè in modo continuo ed aggiornato dalla data di accensione della copertura fino a quando non vi sia l'esaurimento di ogni pratica e, in riferimento alla singola pratica, dalla data di apertura sino al suo esaurimento.

La documentazione di cui sopra dovrà essere fornita al Contraente mediante supporto informatico (file excel) editabile ed utilizzabile dal Contraente stesso ed eventualmente messo a disposizione nella piattaforma web proposta in sede di offerta dalla Società ad uso del solo Contraente per il monitoraggio del contratto di assicurazione.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere, ed ottenere, un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate. In particolare, nel caso in cui venisse esercitata la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso in caso di Sinistro" o la facoltà di disdetta di cui all'art. "Durata dell'Assicurazione - Rinnovo - Proroga - Disdetta", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita dalla Società entro e non oltre **30 giorni naturali e consecutivi** dalla data in cui il recesso o la disdetta è stato inviato/a.

Le predette statistiche possono essere richieste anche successivamente alla scadenza della Polizza di Assicurazione, fino alla definizione di tutte le pratiche.

La Società si impegna a trasmettere l'aggiornamento dei sinistri entro, e non oltre, **30 giorni naturali consecutivi** dalla ricezione della richiesta inviata via PEC dal Contraente. In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo PEC assegnando alla Società non oltre **15 giorni naturali e consecutivi** per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni. In caso di mancato rispetto di quanto previsto nel presente articolo, in assenza di adeguate motivazioni legate a causa di forza maggiore, l'Assicuratore dovrà corrispondere al Contraente un importo pari a **€ 50,00 per ogni giorno di ritardo**.

In caso di inadempienza da parte della Società, il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta a mezzo PEC assegnando alla Società non oltre **15 giorni naturali e consecutivi** per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di **€ 50,00** a valere sull'ammontare della cauzione definitiva per ogni giorno di ritardo nell'inadempimento rispetto ai termini indicati dal Contraente e per l'esecuzione delle prestazioni contrattuali.

#### Art. 6 – Obblighi in caso di sinistro - Denuncia dei sinistri

In caso di sinistro, il Settore dell'Ente Contraente competente alla gestione del contratto dovrà indirizzare la denuncia di sinistro per iscritto alla Società entro **60 giorni lavorativi** da quando è pervenuta una richiesta di risarcimento danni, salvo per i sinistri mortali o di particolare gravità, per i quali il Contraente si impegna a darne avviso alla Società anche in assenza di richiesta di risarcimento danni.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata da certificato medico e/o del pronto soccorso.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente o gli aventi diritto dell'Assicurato dovrà/dovranno dare immediatamente avviso alla Società a mezzo PEC.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato di aver provveduto all'apertura del sinistro entro **15 giorni naturali e consecutivi** dalla ricezione della denuncia, segnalando il numero di riferimento assegnato. La Società si impegna ad individuare un unico centro di liquidazione danni per la gestione di tutti i sinistri che colpiscono il presente contratto di polizza e a comunicare all'Assicurato il nominativo di un unico referente per la liquidazione dei danni.

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 suo possesso; saranno altresì trasmessi quanto prima alla Società anche gli atti, documenti e notizie relativi al sinistro, di cui l'Ente sia venuto in possesso successivamente alla denuncia.

#### Art. 7 – Regolazione del premio

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile. Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio. In relazione alle variazioni verificatesi relativamente agli enti assicurati durante il periodo assicurativo annuale, le somme assicurate sono soggette ad adeguamento, in aumento o diminuzione, ed il relativo premio, attivo o passivo, sarà dovuto alla fine di ogni periodo assicurativo annuale.

Le eventuali variazioni in aumento o in diminuzione non verranno considerate modifiche o aggravamenti di rischio. A tale scopo, entro **120 giorni naturali e consecutivi** dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il riepilogo delle eventuali variazioni sopravvenute.

A fronte di detta comunicazione, la Società provvederà ad emettere apposita appendice di aggiornamento. Detta appendice evidenzierà altresì il premio afferente all'annualità successiva.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei **60 giorni naturali consecutivi** successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice ritenuta corretta di regolazione emessa dalla Società.

GC2111P000Z084174 0000000000001



In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio non dovuti a comportamento doloso del Contraente, gli eventuali sinistri potranno essere indennizzati nella stessa proporzione esistente tra il premio versato a deposito e l'intero premio dovuto (deposito più regolazione). Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

#### Art. 8 – Assicurazione per conto di chi spetta

Il presente contratto di polizza è stipulato dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

#### Art. 9 - Titolarità dei diritti nascenti dal contratto di polizza

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente ed alla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento e alla liquidazione dei danni.

L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati devono essere formalmente accettati dal Contraente.

#### Art. 10 – Rinuncia alla rivalsa

Salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo, la Società rinuncerà al diritto di rivalsa nei confronti di:

- a) amministratori, collaboratori e dipendenti del Contraente;
- b) persone delle quali il Contraente si avvale nello svolgimento della propria attività;
- c) persone delle quali l'Assicurato deve rispondere a norma di legge;
- d) chiunque altro l'Assicurato abbia inteso salvaguardare con la stipula di particolari accordi scritti;
- e) Società controllanti, controllate e collegate, con rapporti di collaborazione istituzionali, nonché proprie Fondazioni;
- f) Enti ed associazioni non aventi scopo di lucro.

Resta in ogni caso impregiudicato il diritto di rivalsa spettante all'Ente per legge.

#### Art. 11 – Prova del contratto

Pena l'applicazione delle penali di cui all'art. "Penali", la Società è obbligata a rilasciare al Contraente la polizza di assicurazione e le relative appendici contrattuali entro e non oltre 30 giorni dalla data di effettodi ciascun documento.

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

#### Art. 12 - Validità delle norme dattiloscritte

La firma apposta dal Contraente sui moduli a stampa della Società vale solo quale presa d'atto del premio e della (eventuale) ripartizione del rischio tra le Società partecipanti.

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le norme dei documenti di gara, in particolare il Capitolato Tecnico, l'offerta tecnica e l'offerta economica dell'aggiudicatario (Società).

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

#### Art. 13 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni tra le Parti debbono essere fatte in forma scritta con posta elettronica certificata.

#### Art. 14 - Interpretazione del Contratto

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

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

#### Art. 15 – Facoltà di recesso

Le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto dalla prima scadenza annuale con posta elettronica certificata (PEC), da inviarsi in firma digitale con almeno 180 giorni di anticipo rispetto a ciascuna scadenza annuale.

L'assicurato, a seguito di intervenuta disponibilità di convenzioni CONSIP o accordi quadro resi disponibili da centrali di committenza (art. 1, comma 13 del DL 95/2012 convertito in Legge 135/2012 e ss.mm. e ii.), si riserva di recedere dall'Assicurazione qualora accerti condizioni più vantaggiose rispetto a quelle praticate dall'affidatario, nel caso in cui la Società non sia disposta ad una revisione del premio in conformità a dette iniziative. Il recesso diverrà operativo previo invio di apposita comunicazione, e fissando un preavviso non inferiore ai 60 giorni e decorrerà dalla naturale scadenza annuale della copertura assicurativa.

GC2111P000Z084174 00000000000001



### Art. 16 - Recesso per Sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60-esimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di **180 giorni naturali e consecutivi** da darsi con PEC. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta PEC da parte del Contraente. In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso.

La Società congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire, nella comunicazione stessa di recesso, al Contraente tutti i dati di cui all'art. "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio - Rendicontazione sinistri" necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati richiamati.

Il recesso sarà consentito solo ed esclusivamente nei casi di cui all'art. "Variazioni di rischio".  
In caso di opzione migliorativa offerta dall'aggiudicatario il recesso per sinistro non si applica.

Qualora l'appaltatore dovesse recedere dal contratto prima della scadenza e/o prima dell'integrale esecuzione del servizio, l'Amministrazione a titolo di risarcimento potrà rivalersi sulla cauzione in tutto o in parte, per effetto della maggior spesa che potrebbe conseguire dall'assegnazione del servizio ad altro appaltatore, fatto salvo il risarcimento del danno e ogni eventuale altra iniziativa a tutela dei propri interessi per le inadempienze manifeste e i danni subiti.

Anche il Contraente può recedere dall'Assicurazione, con le stesse modalità sopra indicate, nel periodo intercorrente tra ogni denuncia di sinistro e il sessantesimo giorno dalla definizione dei rapporti tra le Parti, fermo il diritto al rimborso del premio, al netto delle imposte ed ogni altro onere di carattere tributario relativi al periodo di rischio pagato e non goduto.

La riscossione di premi, o rate di premio, venuti a scadenza dopo il recesso per sinistro o qualunque altro atto della Società e/o del Contraente, non possono essere interpretati come rispettiva rinuncia a valersi della facoltà di recesso.

Resta inteso che i predetti premi sono dovuti in pro-rata al periodo residuo di validità della polizza venutosi a determinare a seguito del recesso.

### Art. 17 – Penali

Il controllo sulla regolare esecuzione del servizio sarà effettuato sistematicamente da personale dell'Amministrazione all'uopo incaricato.

In caso di inadempienza da parte della Società, rispetto a quanto indicato nel presente Capitolato a titolo esemplificativo agli articoli "Prova del contratto", "Variazioni di Rischio" e "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio - Rendicontazione sinistri" il Contraente provvederà a formalizzare contestazione scritta assegnando alla Società non oltre **15 giorni naturali e consecutivi** per adempiere ovvero per produrre controdeduzioni.

Laddove la Società persista nell'inadempimento e ove le controdeduzioni non fossero pervenute entro il termine prescritto o non fossero ritenute idonee, verrà applicata una penale nella misura di **euro 50,00 giornaliera**. Le penali dovranno essere versate nel termine di **15 giorni naturali e consecutivi**, successivi e continui dalla data in cui l'Amministrazione comunica l'applicazione delle specifiche penali. Decorso tale termine, l'Università potrebbe provvedere, senza necessità di messa in mora e con semplice provvedimento amministrativo, all'incameramento di una quota della cauzione definitiva pari all'ammontare della penale comminata.

Nel caso di contestazione durante l'esecuzione del servizio l'appaltatore non potrà assumere decisioni unilaterali quali la sospensione, la riduzione, la modificazione del servizio.

### Art. 18 - Coassicurazione e Delega (operante se ricorre il caso)

In caso di Coassicurazione, l'Assicurazione è ripartita per quote tra gli Assicuratori indicati nel riparto allegato in sede di offerta.

Le Società Coassicuratrici, con la sottoscrizione della Polizza di Assicurazione, danno mandato alla Società Delegataria designata:

- a firmare, anche per loro nome e per loro conto, la Polizza di Assicurazione e ogni atto di gestione della stessa (appendice, modifica, integrazione, estensione di garanzia, variazione di massimale, Somma assicurata ecc.) riconoscendo espressamente come validi e pienamente efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Società delegataria in ragione e/o a causa della Polizza di Assicurazione;
- incassare i premi dell'Assicurazione e pagare gli indennizzi;
- ricevere e inviare ogni comunicazione relativa all'Assicurazione, ivi incluse quelle relative a proroghe e recesso;

in nome proprio e per conto delle Coassicuratrici.

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

La Società Delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso e comunque, direttamente e per l'intero, tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto come derivanti dalla Polizza di Assicurazione, indipendentemente dai fatti, dagli eventi, dalle circostanze di fatto e/o di diritto, dai rapporti che possono interessare gli Assicuratori presso le quali il rischio è stato ripartito.

La Società Delegataria, pertanto e in ogni caso - in deroga a quanto disposto dall'art.1911 c.c. - e con responsabilità solidale di tutte le imprese partecipanti all'accordo di coassicurazione, è obbligata ad emettere atto di liquidazione per l'intero importo dei sinistri ed a

GC2111P000Z084174 00000000000001



rilasciare all'Assicurato e/o all'avente diritto quietanza per l'ammontare complessivo dell'Indennizzo, senza che possano essere ad esso opposte eccezioni e/o riserve da parte delle altre Società Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti alla Polizza di Assicurazione, ivi comprese quelle relative al recesso e/o alla disdetta, alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici.

#### Art. 19 – Assicurazione presso diversi assicuratori

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio anch'esse operanti a primo rischio. In tal caso, per quanto coperto dal Contratto di cui all'oggetto del presente Capitolato, ma non coperto dalle altre, la Società risponde per l'intero danno e fino alla concorrenza del massimale previsto dal Contratto di cui al presente Capitolato. Per quanto coperto di assicurazione sia dal Contratto di polizza del presente Capitolato sia dalle altre, la Società risponde nella misura risultante dall'applicazione dell'art. 1910 C.C.

In deroga a quanto disposto dal primo e secondo comma dell'art. 1910 c.c., il Contraente e gli Assicurati sono comunque esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, fermo restando che in caso di sinistro, il Contraente e gli Assicurati devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 C.C. Nel caso di esercizio del diritto di regresso spettante al contraente ai sensi dell'art. 2055 c.c. nonché di surrogazione della Società verso i terzi responsabili (esclusi tutti i soggetti assicurati) ai sensi dell'art. 1916 c.c. e dell'art. 1910 4° comma c.c. si conviene che le somme recuperate si intendono così attribuite:

- ✓ nel caso il **sinistro sia totalmente in franchigia**: per intero al Contraente stesso che le ha precedentemente esborsate;
- ✓ nel caso il **sinistro sia totalmente a carico della Società**: per intero alla Società che le ha precedentemente esborsate;
- ✓ nel caso il **sinistro sia parzialmente in franchigia**: al Contraente ed alla Società in proporzione all'esborso da ciascuno sostenuto.

Si precisa che relativamente ai sinistri derivanti da comportamenti o omissioni verificatesi antecedentemente alla decorrenza dell'assicurazione, il presente contratto di polizza non vale per tutti i sinistri per i quali siano operanti ed efficaci altre polizze stipulate precedentemente.

#### Art. 20 – Estensione territoriale

Il contratto di polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

#### Art. 21 – Garanzia definitiva

L'aggiudicatario, a tutela del regolare adempimento degli obblighi contrattuali, prima della stipula del contratto, dovrà prestare una garanzia il cui importo verrà calcolato con le modalità previste dall'art. 103 del d.lgs. 50/2016.

La garanzia dovrà essere costituita sotto forma di cauzione o fideiussione rilasciata da intermediari finanziari con le modalità di cui all'articolo 93, commi 2 e 3 e nel rispetto di quanto disposto dall'art. 103 del d.lgs. 50/2016.

La garanzia costituita a mezzo bonifico o in contanti, in alternativa alla costituzione di polizza fideiussoria, non può essere accettata in quanto dal 30 giugno 2020 tutti i pagamenti effettuati da soggetti privati (cittadini e imprese) verso qualsiasi tipologia di Pubblica Amministrazione/Ente pubblico, inclusa l'Università degli Studi di Cagliari, devono essere effettuati obbligatoriamente mediante PagoPA. Il pagamento deve essere fatto, previa emissione autonoma dell'avviso di pagamento, seguendo la procedura indicata nel portale dell'Ateneo di Cagliari nella sezione "Altri pagamenti di soggetti, persone fisiche e imprese" della pagina pubblicata del seguente link: <https://www.unica.it/unica/it/pagopa.page>.

La garanzia deve prevedere espressamente la rinuncia al beneficio della preventiva escussione del debitore principale, la rinuncia all'eccezione di cui all'art. 1957, comma 2, del codice civile, nonché l'operatività entro 15 giorni, a semplice richiesta scritta della stazione appaltante.

Ai fini della stipula del contratto, l'Appaltatore dovrà costituire a favore dell'amministrazione una cauzione definitiva a garanzia, ai sensi dell'art. 103 del D.lgs. 50/2016, dell'adempimento degli obblighi assunti con il contratto nella misura del 10% del quadro economico del contratto, fatte salve le eventuali variazioni e riduzioni ai sensi degli artt. 93 co. 7 e 103 co. 1 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii.

La garanzia opera per tutta la durata del contratto fino alla completa e regolare esecuzione delle obbligazioni nascenti dai già menzionati contratti e sarà svincolata, decorsi i termini, a seguito della piena ed esatta esecuzione degli obblighi contrattuali.

La garanzia definitiva è progressivamente svincolata in funzione dell'avanzamento dell'esecuzione del contratto, nel limite massimo dell'80% dell'importo garantito, secondo quanto previsto dall'art. 103 co. 5 del D.lgs. 50/2016 e ss.mm.ii. L'ammontare residuo del 20% è svincolato a termine della durata del contratto, previo accertamento degli adempimenti, sulla base del certificato/attestazione di regolare esecuzione di tutti gli adempimenti e obbligazioni contrattuali.

Al fine dello svincolo finale della cauzione definitiva la stazione appaltante dovrà trasmettere alla stazione appaltante il certificato di verifica di conformità finale del servizio svolto. Ai sensi di quanto disposto all'art. 103 comma 5 del D.lgs. 50/2016 lo svincolo della cauzione è automatico, senza necessità di nulla osta del committente, con la sola condizione della preventiva consegna all'istituto garante, da parte dell'appaltatore o del concessionario, degli stati di avanzamento dei lavori o di analogo documento, in originale o in copia autentica, attestanti l'avvenuta esecuzione. Sono nulle le pattuizioni contrarie o in deroga.

Il mancato svincolo nei quindici giorni dalla consegna degli stati di avanzamento o della documentazione analoga costituisce inadempimento del garante nei confronti dell'impresa per la quale la garanzia è prestata.

GC2111P000Z084174 0000000000001



Qualora l'ammontare della garanzia dovesse ridursi per effetto dell'applicazione di penali, o per qualsiasi altra causa, l'appaltatore dovrà provvedere al suo reintegro entro il termine di 10 giorni dal ricevimento della relativa richiesta effettuata dal beneficiario. In caso di inadempimento alle obbligazioni previste la Stazione appaltante ha la facoltà di dichiarare risolto il contratto fermo restando il risarcimento del danno.

In caso di risoluzione del singolo contratto attuativo, l'appaltatore incorre nell'escussione parziale della cauzione nella misura del 2% dell'importo contrattuale ed è esclusa la facoltà di sollevare eccezioni ed obiezioni.

#### **Art. 22 – Oneri fiscali**

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

#### **Art. 23 – Oneri a carico dell'appaltatore**

Sono a carico dell'appaltatore, e quindi si intendono comprese nell'offerta, tutte le spese di seguito elencate:

- **la cauzione definitiva;**
- **le spese inerenti alla stipula del contratto, compresa la registrazione, le eventuali imposte e bolli per atti inerenti al lavoro e la loro contabilizzazione;**
- **le spese relative all'acquisto di tutto il materiale e delle attrezzature necessarie per lo svolgimento del servizio.**

#### **Art. 24 – Tracciabilità dei flussi finanziari**

La Società (nonché ogni altra Impresa a qualsiasi titolo interessata al contratto di polizza) è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi previsti dall'art. 3 della legge n. 136/2010 ss.mm. e ii. al fine di assicurare la tracciabilità dei movimenti finanziari relativi all'Appalto.

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 contratto di polizza, unitamente alle generalità e al codice fiscale dei soggetti abilitati ad operare su tali conti correnti.

Tutte le movimentazioni finanziarie di cui al contratto di polizza dovranno riportare, il Codice Identificativo di Gara (CIG) o, qualora previsto, il Codice Unico di Progetto (CUP) comunicati dalla Stazione appaltante.

L'Amministrazione può verificare, in occasione di ogni pagamento all'appaltatore (Società) e con interventi di controllo ulteriori, l'assolvimento da parte dello stesso, dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, agli obblighi relativi alla tracciabilità dei flussi finanziari. La Società s'impegna a fornire ogni documentazione atta a comprovare il rispetto, da parte propria nonché dei subappaltatori e subcontraenti della filiera delle imprese a qualsiasi titolo interessati all'espletamento del presente appalto di servizi, degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui alla legge n. 136/2010.

Qualora la Società non assolva ai suddetti obblighi, il contratto si risolve di diritto ai sensi del comma 9 dell'art. 3 della legge 136/2010.

In tale caso la risoluzione del contratto non pregiudica comunque le garanzie relative ai sinistri verificatisi antecedentemente alla data di risoluzione di diritto, restando immutato il regolare iter liquidativo.

#### **Art. 25 – Trattamento dei dati e tutela della privacy**

Ai sensi del Regolamento U.E. n. 679/2016 ss. mm. e ii., nonché del D.lgs. 30/06/2003 n. 196, laddove non in contrasto con il Regolamento, e del Garante per la Protezione dei Dati Personali 26.4.2007, i dati verranno trattati senza finalità eccedente l'oggetto del presente contratto di polizza e nel rispetto della riservatezza e segretezza delle persone fisiche e giuridiche.

#### **Art. 26 – Variazione del contraente**

In caso di fusione, scorporo, incorporazione, trasformazione o cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con il nuovo Contraente o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate dal Contraente, od aventi causa, entro il termine di **60 giorni naturali e consecutivi** dal loro verificarsi alla Società, la quale, nei **30 giorni naturali e consecutivi** successivi, o minor termine, in base all'urgenza, comunicherà l'eventuale nuovo premio, in funzione del maggiore o minore rischio.

#### **Art. 27 – Variazione normativa**

Nel caso in cui vi fossero variazioni normative oppure nuova e/o diversa giurisprudenza in materia, come pure interpretazioni e /o pareri delle medesime, tali da rendere, a giudizio del Contraente incompatibile, totalmente o parzialmente, il contratto di polizza, le parti concordano sin d'ora di provvedere, tempestivamente, alla relativa riformulazione e/o aggiornamento della normativa contrattuale, fatte salve diverse disposizioni di legge e ferme restando i reciproci diritti derivanti dal contratto di polizza.

#### **Art. 28 – Foro competente**

Per le controversie riguardanti l'applicazione e l'esecuzione dell'appalto è competente il Foro di Cagliari.

GC2111P000Z084174 00000000000001



**Art. 29 - Rinvio alle norme di Legge**

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

**SEZIONE 2 - Condizioni particolari dell'Assicurazione****Art. 30 - Oggetto dell'assicurazione**

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

La garanzia si intende prestata per gli infortuni subiti nell'esercizio di tutte le attività universitarie, intendendosi per tali tutte le attività tipiche connesse con lo svolgimento degli studi, sia presso il Contraente che presso terzi, in Italia ed all'estero.

Sono anche compresi gli infortuni subiti dagli Assicurati durante i trasferimenti tra le varie sedi universitarie, tra i dipartimenti, presso altre università ed istituti, strutture diverse da quelle universitarie quali laboratori, Industrie, centri di studio ecc. anche al di fuori dello stretto ambito universitario sempreché tali tragitti siano effettuati per motivi di studio o di necessità e riconosciuti dal Contraente.

La garanzia deve intendersi prestata per gli infortuni subiti dagli Assicurati per tutte le attività inerenti, quali a titolo esemplificativo e non limitativo: presso laboratori anche esterni all'ateneo, ma riconosciuti dal Contraente - visite presso aziende - giornate di orientamento - stage - tirocini - laurea specialistica - abilitazioni varie - viaggi studio - visite didattiche - durante lo svolgimento delle attività didattiche, formative e culturali, ricreative, ginnico-sportive, assistenziali e comunque per tutti gli Infortuni connessi alla partecipazione a qualsiasi forma universitaria, pre-universitaria o post-universitaria purché autorizzata dal Contraente.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle attività dichiarate dal Contraente, ivi inclusa:

1. la guida di veicoli (a motore e non) per motivi legati all'attività svolta presso l'Ente;
2. la frequentazione dell'Ente e partecipazione alle attività dello stesso, anche nel corso delle attività svolte in accordo e/o per l'Ente e/o autorizzate dall'Ente, anche al di fuori dell'Ente e presso terzi, compresa l'attività sportiva organizzata dall'Ente e/o dal Centro Sportivo Universitario, compresi i trasferimenti per, da e tra le strutture dell'Ente e le altre di svolgimento delle suddette attività, compresa la guida di veicoli per lo svolgimento delle attività sopra descritte;
3. la garanzia "Rischio Volo".

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

Sono compresi in garanzia anche, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- annegamento e asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze, anche aventi origine traumatica;
- contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, le infezioni (comprese quelle tetaniche), alterazioni patologiche conseguenti a morsi, ustioni, punture di animali in genere, contatto con piante e/o vegetali in genere;
- l'annegamento e altre conseguenze dannose derivanti da attività di immersione svolte per motivi didattici e ricerca;
- l'assideramento e il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da attività didattica e/o di 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;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- dall'arenamento, naufragio, atterraggio forzato in zone in cui l'azione del clima o di altre situazioni concomitanti generi morte o lesioni organiche permanenti che non siano causa diretta dell'infortunio;
- gli infortuni derivanti da malore e incoscienza;
- i danni somatici dovuti ad infortuni e/o malattie provocati da esposizioni a radiazioni ionizzanti;
- gli infortuni derivanti da conseguenza diretta ed accidentale di esposizione a materiali radioattivi;
- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli Assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore o incoscienza conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate, che derivassero direttamente da punture di insetti, con esclusione della malaria;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore, e non, natanti, prototipi, compresa la salita e la discesa dagli stessi;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;

GC2111P000Z084174 0000000000001



- ernie traumatiche;
- la "morte presunta".

Sono comprese nella polizza anche le attività fisiche incluse nei Corsi di Scienze Motorie della Scuola di Farmacia, Biotecnologie e Scienze Motorie e strutture ad essa collegate.

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria e per sinistro, il rimborso delle spese per, a titolo esemplificativo e non limitativo, onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica e operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche, sia immediate che verificatesi entro **36 mesi** dall'infortunio, in diretto nesso causale con esso purché non causate e/o concausate da situazioni patologiche preesistenti anche se sconosciute all'assicurato.

Le garanzie sono valide ed efficaci anche nei confronti di tutte le manifestazioni patologiche che, pur manifestandosi in data posteriore a quella della stipulazione della polizza, siano conseguenze di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta nel periodo antecedente la stipula della polizza. Pertanto, l'estensione spiega i suoi effetti per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato dopo la decorrenza del Contratto di polizza indipendentemente dall'epoca in cui si siano verificate le cause che hanno dato luogo alla malattia o lesione.

Sono indistintamente ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti gli Assicurati, a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse disabilità fisiche e/o psichiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti, restando comunque espressamente confermato quanto previsto all'Art. " **Criteri di indennizzabilità**".

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

#### **Art. 31 - Precisazioni ed estensioni di garanzia**

La garanzia si intende estesa a:

##### **Spese di trasporto a carattere sanitario**

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di **€ 5.000,00**, delle spese sostenute dall'Assicurato in casi di infortunio indennizzabile ai termini del Contratto di polizza per i costi eventualmente sostenuti per il trasporto dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato.

##### **Rientro sanitario**

La garanzia è estesa al rimborso, fino al limite di **€ 5.000,00**, delle spese sostenute dall'Assicurato per il rientro, anche se anticipato o posticipato, in caso di infortunio che lo colpiscano nel corso di una missione, gita o viaggio disposto dal Contraente direttamente od indirettamente, e che rendano necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in ospedale attrezzato in Italia.

##### **Rimpatrio salma**

In caso di decesso dell'assicurato avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di polizza. La Società rimborsa ai beneficiari individuabili a termini di polizza, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo di **€ 10.000,00**.

##### **Danni estetici**

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni del Contratto di polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente o di riduzione dell'efficienza estetica, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di **€ 50.000,00** per evento.

##### **Rischio guerra**

A parziale deroga del disposto dell'articolo denominato " **Esclusioni**", la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e no), per il **periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità** se ed quando l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

##### **Malattie tropicali**

L'assicurazione si intende estesa alle malattie tropicali che potessero contrarre le persone assicurate. Per malattie tropicali si devono intendere a titolo esemplificativo e non esaustivo: Amebiasi, Bilharziosi, Dermatofito, Dissenteria batterica, Febbre ittero-emoglobinurica,

GC2111P000Z084174 0000000000001



Meningite cerebro-spinale epidemica, Vaiolo, Febbre ricorrente africana, Infezione malarica pernicioso. L'estensione è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in buone condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

#### Ulteriori specifiche

L'Assicurazione comprende le malattie, contemplate ai sensi della vigente normativa di Legge, contratte per colpa del Contraente.

L'estensione spiega i suoi effetti a condizione che le malattie si manifestino nei confronti dell'Assicurato in data posteriore a quella della stipulazione della polizza e siano conseguenze di fatti colposi commessi e verificatisi per la prima volta nel periodo antecedente alla stipula della polizza (ivi incluse le eventuali malattie professionali riconosciute come tali e legate al Covid-19). Pertanto, l'estensione spiega i suoi effetti per le richieste di risarcimento avanzate per la prima volta nei confronti dell'Assicurato dopo la decorrenza del Contratto di polizza indipendentemente dall'epoca in cui si siano verificate le cause che hanno dato luogo alla malattia o lesione, ma che si siano manifestate non oltre **36 mesi** dalla data cessazione della garanzia.

La garanzia non vale:

1. per le ricadute di malattia già precedentemente indennizzata o indennizzabile;
2. per le malattie:
  - conseguenti all'intenzionale mancata osservanza delle disposizioni di Legge da parte di amministratori o legali rappresentanti dell'impresa;
  - conseguenti all'intenzionale mancata prevenzione del danno (addebitabile a titolo di dolo del Legale Rappresentante del contraente), per omesse riparazioni o adattamento dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni, da parte di amministratori o legali rappresentanti dell'impresa; questa esclusione cessa d'aver effetto successivamente all'adozione d'accorgimenti ragionevolmente idonei, in rapporto alle circostanze di fatto e di diritto, a porre rimedio alla preesistente situazione;
  - direttamente o indirettamente derivanti, seppur in parte, dall'esposizione e/o contatto con l'asbesto o l'amianto e/o qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto o l'amianto.

Il massimale di garanzia indicato in polizza per sinistro rappresenta la massima esposizione della Società:

1. per più danni, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità della garanzia, originati dal medesimo tipo di malattia professionale;
2. per più danni verificatisi in uno stesso periodo di assicurazione.

L'assicurato darà tempestivamente notizia alla Società delle procedure civili e penali promosse contro di lui, fornendo tutte le notizie e informazioni utili.

#### Art. 32 – Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei non autorizzati dal Contraente;
3. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
4. sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo sedietro prescrizione medica;
5. azioni delittuose - accertate con giudizio penale passato in giudicato - compiute o tentate dall'assicurato, salvo che siano conseguenti a legittima difesa o umana solidarietà;
6. ubriachezza alla guida di veicoli a motore o natanti;
7. operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
8. in conseguenza diretta o indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche (salvo quanto già espressamente riportato in premessa, nonché per gli iscritti e/o assegnisti e/o borsisti alla Scuola di Scienze e alla Scuola di Ingegneria e Architettura e ad altri corsi di studio e/o attività di ricerca similari);
9. derivanti da atti terroristici posti in essere tramite l'uso di sostanze nucleari, biologiche, batteriologiche o chimiche, qualunque sia il tipo di arma e/o ordigno e/o congegno utilizzato per portare a termine l'azione. Sono comunque esclusi dalla garanzia tutti gli infortuni derivanti da atti terroristici cui l'Assicurato abbia partecipato in modo volontario;
10. dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) che comportano l'uso o la guida di veicoli a motore e natanti, non autorizzati dal Contraente.

#### Art. 33 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

GC2111P000Z084174 0000000000001



**a) MORTE**

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 dei massimali.

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque **entro i limiti offerti dall'aggiudicatario relativamente alla clausola di maggior termine**.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma **entro 24 (ventiquattro) mesidal giorno dell'infortunio** e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari o, in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso e hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

**b) MORTE PRESUNTA**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'assicurato scompaia e se ne presuma la morte, la Società liquiderà il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi **180 giorni naturali e consecutivi**, dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termine degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Nel caso che, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta, da parte dell'assicurato, dell'intera somma liquidata, l'assicurato stesso potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

**c) INVALIDITA' PERMANENTE**

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque **entro i limiti offerti dall'aggiudicatario relativamente alla clausola di maggior termine**, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al D.L. n. 38/2000 e ss.mm.ii. con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio a un arto superiore, a una mano o a un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente.

In caso di infortunio che abbia per conseguenza una invalidità permanente, la determinazione dell'indennità avverrà valutando il grado di invalidità (strettamente connesso all'infortunio in questione) tramite accertamenti medici e sulla base delle tabelle e dei criteri di valutazione di cui al DPR n. 1124/65e ss.mm.ii.

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato o offerto ai beneficiari, o in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

**d) RIMBORSO SPESE MEDICHE**

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte, l'invalidità permanente o l'invalidità temporanea dell'Assicurato, rimborsa fino alla concorrenza del massimale assicurato: le spese e gli onorari sostenuti per prestazioni mediche e chirurgiche, le rette di degenza in ospedali e case di cura, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, terapie fisiche e trattamenti fisioterapici e rieducativi, apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento chirurgico, nonché le spese farmaceutiche rese necessarie a seguito dell'infortunio, compresi eventuali ticket, anche se effettuate in regime ambulatoriale/domiciliare, successivamente alla dimissione dal ricovero o alla certificazione di un pronto soccorso dipendente da un presidio ospedaliero che ha prestato le prime cure.

Le spese verranno liquidate a seguito di presentazione di fatture, notule, ecc. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

**Art. 34 – Liquidazione dell'indennità**

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, dandone comunicazione all'interessato e provvederà al pagamento entro **30 giorni** dalla comunicazione di accettazione da parte dell'interessato. L'indennità viene corrisposta in Italia e in Euro.

**Art. 35 – Anticipi indennizzi**

Per quanto riguarda la garanzia Invalidità Permanente qualora a seguito di infortunio fosse quantificata con grado superiore al 20%, la Società metterà a disposizione dell'Assicurato entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della richiesta di quest'ultimo e della certificazione medica da cui risulti l'entità presunta della invalidità, un terzo della indennità corrispondente al danno al momento valutato (per un massimo di **euro 50.000,00**), con riserva di successivo accertamento e conguaglio.

GC2111P000Z084174 00000000000001



Per quanto riguarda le spese di cura a seguito di infortunio, con l'inclusione di incidenti a persone sofferenti di diabete nelle casistiche dei danni da risarcire, la Società metterà a disposizione dell'Assicurato su specifica richiesta di quest'ultimo ed entro **30 giorni** dall'esibizione di fattura (emessa dall'Istituto di Cura), il 50% dell'importo presumibilmente indennizzabile con il massimo di **€ 500,00** per sinistro ed Assicurato.

#### Art. 36 - Parametro per il calcolo del premio – Premio annuo lordo

Il frazionamento del premio è annuale.

Parametro di calcolo del premio	Dato variabile	Premio annuo Lordo €
Numero (preventivo) di assicurati	<b>30.000</b>	<b>60.375,00</b>

#### Art. 37 - Spese per onorari periti e consulenti - spese peritali

Si conviene tra le Parti che la Società garantisce all'Assicurato l'indennizzo per le spese da quest'ultimo sostenute per il perito di parte, nonché la quota parte dell'Assicurato relativa al terzo perito, in caso di perizia collegiale e gli eventuali costi di consulenti in genere e società di revisione a supporto dell'attività peritale.

Qualora le spese e gli onorari complessivamente spettanti ai Periti siano ricompresi entro i limiti previsti dall'Assicurazione è facoltà degli stessi di richiedere alla Società il pagamento diretto di tali spese ed onorari a fronte dell'emissione di regolari fatture ed in conformità a quanto indicato nel processo verbale di perizia entro **60 giorni** decorrenti dalla sottoscrizione della stessa, dandone formale comunicazione all'Assicurato.

Devono essere considerate alla stregua delle "spese peritali" le spese sostenute dall'Assicurato per perizie, consulenze tecniche, in sede giudiziale ed extragiudiziali, e le somme di indennità pagate ai testimoni.

#### Art. 38 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede ove ha sede l'Assicurato/Contraente.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale (tale rifiuto deve essere attestato nello stesso verbale dagli altri arbitri), da redigersi in triplice esemplare, uno per ognuna delle Parti, Assicurato e Società, a cui si somma una copia per il Contraente

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

GC2111P000Z084174 0000000000001



**Art. 39 – Massimali, Scoperti e Franchigie**

La Società, alle condizioni tutte del presente contratto di polizza, presta l'assicurazione fino alla concorrenza dei massimali riportati in tabella o dei maggiori massimali offerti in sede di gara dall'Aggiudicatario (Società).

Rimane inteso che, fatte salve le garanzie sotto riportate, nessun altro scoperto o franchigia potrà essere applicata alla liquidazione del danno.

Franchigie e massimali		
Garanzia	Franchigia	Massimale per sinistro e per anno
Morte	€ 0,00	€ 700.000,00
Invalità permanente	3% del valore del danno	€ 500.000,00
Malattie	3% del valore del danno	€ 300.000,00
Spese mediche e farmaceutiche per infortunio	€ 100,00	€10.000,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	€ 100,00	€ 5.000,00
Spese di trasporto a carattere sanitario	Nessuna franchigia	€ 5.000,00
Rientro sanitario	€ 100,00	€ 5.000,00
Rimpatrio salma	€ 100,00	€ 10.000,00
Danni estetici	€ 500,00	€ 60.000,00
Periti e spese peritali	Nessuna franchigia	€ 100.000,00/anno

**IL CONTRAENTE**

.....

Zurich Insurance plc  
Rappresentanza Generale per l'Italia

*Gianni Gulser*

GC2111P000Z084174 0000000000001



## Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

### ZURICH INSURANCE plc

#### Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia

Telefono n. 02.59660070 - Telefax n.

02.26622768

Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it Sito

internet: [www.zurich.it](http://www.zurich.it)

Indirizzo e-mail: [informazioni@zurich.it](mailto:informazioni@zurich.it)

Zurich Insurance plc, è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (CBI) ed è soggetta ad una limitata attività di regolamentazione e vigilanza da parte dell'Istituto di Vigilanza Assicurazioni (IVASS).

Zurich Insurance plc, svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92 /49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano.

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066. C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968.

#### Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Con riferimento al bilancio di esercizio 2017, il patrimonio netto è pari a 2.199 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.191 milioni di euro ed è definito applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP). L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, conforme alla normativa Solvency II, è del 135% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Per le informazioni sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al seguente indirizzo: <http://www.zurich.it/avvisi-clienti/SFCRReport.htm>.

## Reclami

Eventuali Reclami possono essere presentati alla Compagnia o all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

#### - Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri. Compete alla Compagnia anche la gestione dei reclami relativi al comportamento degli Agenti (intermediari iscritti nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi) di cui l'impresa si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, incluso il comportamento dei dipendenti e collaboratori degli Agenti.

I Reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del Reclamante, denominazione della Compagnia, dell'Intermediario Assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal Reclamante. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all'oggetto del reclamo, così come previsto dalla normativa vigente.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

#### ZURICH INSURANCE plc

Rappresentanza Generale per

l'Italia Ufficio Gestione Reclami

Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Fax numero: 02.2662.2243

E-mail: [reclami@zurich.it](mailto:reclami@zurich.it) PEC: [reclami@pec.zurich.it](mailto:reclami@pec.zurich.it)

GC211P000Z084174 0000000000001



o tramite il sito internet della Compagnia [www.zurich.it](http://www.zurich.it) dove, nella sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.

**- All'IVASS**

Vanno indirizzati i reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine previsto dalla normativa vigente.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome, domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del Reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine previsto dalla normativa vigente e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del Reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia [www.zurich.it](http://www.zurich.it).

La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it).

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

**I.V.A.S.S.**

**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,  
Servizio Tutela degli Utenti,  
Via del Quirinale 21, 00187 Roma  
Fax numero: 06 421.33.206**

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei Reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008 e s.m.i., che l'Assicurato può consultare sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net) - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi o all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- La mediazione civile, disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e s. m. i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato
- l'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
- la convenzione di negoziazione assistita, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa od a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza di irrispettivi avvocati;

**AVVERTENZA:**

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria

GC2111P000Z084174 0000000000001



<b>INFORMATIVA PRIVACY</b>
----------------------------

Gentile Cliente,

la nostra Società ha la necessità di trattare alcuni dei Suoi dati personali al fine di poter fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti nonché, con il Suo consenso, potrà svolgere le ulteriori attività qui di seguito specificate. Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo nr. 2016/679 (di seguito per brevità il "**Regolamento**") forniamo, pertanto, qui di seguito l'informativa relativa al trattamento dei Suoi dati personali.

<b>1) IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO E DEL RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DEI DATI</b>
--

Il **Titolare del Trattamento** è Zurich Insurance Plc Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito per brevità la Società o Compagnia) con la quale è stato sottoscritto il contratto di assicurazione o che ha emesso un preventivo/quotazione, avente sede in Via Benigno Crespi, 23, 20159 – Milano (la "**Società**").

Potrà contattare il Titolare, indirizzando la Sua comunicazione all'attenzione del Responsabile per la Protezione dei Dati ad uno dei seguenti recapiti: inviando un'e-mail all'indirizzo [privacy@it.zurich.com](mailto:privacy@it.zurich.com) ovvero scrivendo a mezzo posta alla sede sopra riportata.

<b>2) FINALITÀ DEL TRATTAMENTO</b>
------------------------------------

**a) Finalità contrattuali e di legge**

I Suoi dati personali – ivi compresi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società:

- (i) al fine di **fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore richieste**, ivi compresa la registrazione e l'accesso al servizio attraverso il quale consultare la Sua posizione relativa ai Suoi contratti assicurativi in essere con la Società (c.d. Area Clienti);
- (ii) per ogni altra **finalità connessa ad obblighi di legge, regolamentari, disciplina comunitaria** e per finalità strettamente connesse alle attività assicurative fornite dalla Società. Per finalità assicurative sono contemplati, ad esempio, i seguenti trattamenti: predisposizione di preventivi e/o quotazioni per l'emissione di una polizza, predisposizione e stipulazione di contratti assicurativi, raccolta del premio assicurativo, accesso alla c.d. Area Clienti, liquidazione dei sinistri o pagamento delle altre prestazioni previste dal contratto assicurativo sottoscritto, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; antiterrorismo, gestione e controllo interno.

Alcuni dati personali vengono acquisiti dalla Società indirettamente, ossia da terzi soggetti o tramite strumenti elettronici (quali, ad esempio, per i prodotti della responsabilità civile auto (in breve RCA) che prevedono la Scatola Nera che può essere da Lei installata sul Suo veicolo per fini assicurativi).

Sono altresì necessarie attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato per il calcolo del rischio e del relativo premio assicurativo: per maggiori informazioni La invitiamo a visionare il seguente paragrafo 7 "*Esistenza di un processo decisionale automatizzato*". La Società potrà acquisire non direttamente da Lei i seguenti dati relativi alla circolazione del veicolo assicurato, quali ad esempio: i Km complessivi percorsi, i Km percorsi oltre il limite nominale di velocità per tipologia di strada, l'accadimento di eventuali urti con altri veicoli o ostacoli.

Il conferimento dei dati personali per tali finalità deriva dalla sottoscrizione di un contratto assicurativo ovvero dalla richiesta di un preventivo/quotazione per la stipula di un contratto e dai correlati obblighi legali ed un eventuale mancato conferimento potrebbe comportare l'impossibilità per la nostra Società di fornirle i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, ivi compresi la quotazione, la registrazione e l'accesso al servizio c.d. Area Clienti.

**b) Finalità di marketing e ricerche di mercato**

I Suoi dati personali, a fronte di un suo specifico consenso, potranno essere trattati dalla Società per **finalità di marketing**, quali l'invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate alla clientela, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di propri prodotti o servizi della Società o di altre società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (con modalità automatizzate, tra cui a titolo esemplificativo la posta elettronica, sms, mms, smart messaging, ovvero attraverso l'invio di messaggi a carattere commerciale veicolati attraverso l'Area Clienti, oltre alle modalità tradizionali quali, invio di posta cartacea e telefonate con operatore), nonché per consentire alla Società di **condurre ricerche di mercato**, indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

**c) Rilevazioni statistiche**

I Suoi dati personali, a fronte di un suo specifico consenso, potranno essere trattati dalla Società per effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.

**d) Comunicazioni a terzi al fine di consentire agli stessi loro proprie iniziative di marketing**

I Suoi dati personali, a fronte di un suo specifico consenso, potranno essere comunicati a soggetti terzi (quali Società del Gruppo Zurich Insurance Group LTD). Tali soggetti, agendo come autonomi titolari del trattamento, potranno a loro volta trattare i Suoi dati personali per proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta cartacea, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non, in relazione a prodotti o servizi propri od offerti da tali soggetti terzi.

GC211P000Z084174 00000000000001



**e) Soft Spam**

Le ricordiamo, inoltre, che sulla base della normativa vigente, la Società potrà utilizzare le coordinate di posta elettronica da Lei fornite in occasione dell'acquisto di un nostro servizio e/o prestazione e/o prodotto assicurativo per proporre prodotti, servizi e prestazioni analoghi a quelli da Lei acquistati. Tuttavia, qualora non desiderasse ricevere tali comunicazioni, potrà darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente paragrafo 1 della presente informativa privacy o utilizzando il link presente sulle comunicazioni email da Lei ricevute. La Società, in tal caso, interromperà senza ritardo la suddetta attività.

Con riferimento ai precedenti punti 2 b), c), d) ed e), si precisa che il mancato conferimento del consenso, la sua revoca o la mancata comunicazione dei dati non pregiudicherà in alcun modo la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti.

**f) Attività di autovalutazione del servizio prestato**

I Suoi dati personali, potranno altresì essere utilizzati dalla Società per contattarla al fine di ricevere da Lei informazioni circa la gestione dell'attività assicurativa da parte di Zurich e dei soggetti dalla stessa incaricati, al fine di procedere ad un'autovalutazione della gestione della pratica da parte della Società, in un'ottica di miglioramento del servizio fornito. Tuttavia, ove Lei non desiderasse essere contattato per tale scopo, potrà darne avviso in qualsiasi momento alla Società, utilizzando gli indirizzi riportati al precedente paragrafo 1. In tal caso, la Società non procederà con il trattamento di cui al presente paragrafo 2 f).

Con riferimento ai precedenti punti 2 b), c), e d), si precisa che il mancato conferimento del consenso, o la sua revoca dello stesso o la mancata comunicazione dei dati non pregiudicherà in alcun modo la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Parimenti con riferimento ai precedenti punti 2 e) ed f) ove Lei ai sensi di quanto sopra richiedesse di non essere più contattato, ciò non pregiudicherà in alcun modo la possibilità di ottenere i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti.

**3) BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO E LEGITTIMO INTERESSE**

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- (iii) punto 2 a) (*trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge*), la base giuridica degli stessi sono:
  - (i) adempimento agli obblighi pre-contrattuali e contrattuali (per la gestione delle fasi precontrattuali – emissione di preventivo/quotazione – e contrattuali del rapporto, ivi incluse le attività di raccolta dei premi, liquidazione dei sinistri);
  - (ii) la normativa applicabile di settore, sia nazionale che comunitaria (quale l'invio di comunicazioni obbligatorie in corso di contratto, verifiche antiterrorismo);
  - (iii) l'interesse legittimo della Società (per le attività di prevenzione delle frodi, indagine, di tutela dei propri diritti anche in sede giudiziaria).
- (iv) punti 2 b), c) e d) (*trattamenti svolti per finalità di marketing, finalità statistiche e comunicazione a terzi*) la base giuridica degli stessi sono i rispettivi consensi eventualmente prestati;
- (v) punto 2 e) (*soft spam*) la base giuridica è da rinvenirsi nel legittimo interesse della Società all'utilizzo delle coordinate di posta elettronica di un cliente all'invio di un numero limitato di comunicazioni commerciali che possano essere appropriate ed inerenti al rapporto assicurativo con Lo stesso intercorrente;
- (vi) punto 2 f) (attività di autovalutazione) la base giuridica è da rinvenirsi nel legittimo interesse della Società ad effettuare un'autovalutazione dell'attività dalla stessa svolta in merito ai servizi forniti e alla gestione della pratica assicurativa, al fine di migliorare il proprio operato.

**4) CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI**

Con riferimento ai trattamenti svolti per le finalità di cui al precedente:

- (vii) punto 2 a) (*trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge*), i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti: (i) assicuratori, coassicuratori (ii) intermediari assicurativi (agenti, broker, banche) (iii) banche, istituti di credito; (iv) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (v) legali; periti; medici; centri medici, soggetti coinvolti nelle attività di riparazione automezzi e beni assicurati (vi) società di servizi, fornitori, società di postalizzazione (vii) società di servizi per il controllo delle frodi; società di investigazioni; (viii) società di recupero crediti; (ix) ANIA e altri Aderenti per le finalità del Servizio Antifrode Assicurativa, organismi associativi e consortili, Ivass ed altri enti pubblici propri del settore assicurativo; (x) magistratura, Forze di Polizia e altre Autorità pubbliche e di Vigilanza.
- (viii) punti 2 b), c), d), e) ed f) (finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, soft spam e attività di autovalutazione), i Suoi dati personali potrebbero essere comunicati alle seguenti categorie: (i) società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd; (ii) società di servizi, fornitori, outsourcer.

**5) TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI**

I Suoi dati personali potranno essere trasferiti all'estero, prevalentemente verso paesi Europei. I dati personali possono tuttavia essere trasferiti verso paesi extra europei (tra cui la Svizzera, sede della società capogruppo). Ogni trasferimento di dati avviene nel rispetto della normativa applicabile ed adottando misure atte a garantire i necessari livelli di sicurezza. Si precisa a tal riguardo che i trasferimenti verso Paesi extra europei - in assenza di decisioni di adeguatezza della Commissione Europea - avvengono sulla base delle "Clausole Contrattuali Tipo" emanate

GC2111P000Z084174 0000000000001



dalla Commissione medesima quale garanzia del corretto trattamento. Potrà in ogni caso sempre contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti riportati nel paragrafo 1 al fine di avere esatte informazioni circa il trasferimento dei Suoi dati ed il luogo specifico di loro collocazione.

## 6) PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Suoi dati personali verranno conservati per i seguenti periodo di tempo:

- (i) dati precontrattuali (in caso di mancata stipula della polizza): per 60 giorni dalla data di decorrenza del preventivo/quotazione;
- (ii) dati contrattuali: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo;
- (iii) dati inerenti alle attività antifrode: per 10 anni successivi al termine del rapporto assicurativo;
- (iv) dati inerenti alle attività di contrasto al terrorismo: 10 anni;
- (v) dati inerenti alle attività di tutela dei propri diritti (anche in sede giudiziaria): per il termine di passaggio in giudicato della relativa sentenza o ultimo grado di giudicato e, ove necessario, per la successiva fase esecutiva;
- (vi) dati trattati per finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche e soft spam: due anni dalla loro comunicazione o dalla conferma circa la possibilità di loro utilizzo per tali finalità;
- (vii) dati trattati per attività di autovalutazione: per 12 mesi dalla conclusione dell'attività di autovalutazione

## 7) ESISTENZA DI UN PROCESSO DECISIONALE AUTOMATIZZATO

La informiamo che la Società, al fine di valutare e predisporre i propri preventivi, calcolare la classe di rischio ed il premio assicurativo, così come previsto dalla normativa applicabile, necessita di svolgere delle attività di analisi attraverso un processo decisionale automatizzato analizzando i dati inerenti alla precedente storia assicurativa del soggetto interessato e pregressi eventi (quali, ad esempio i sinistri). Questo processo viene svolto utilizzando algoritmi prestabiliti e limitati all'esigenza precipua di calcolo del rischio connotato con l'attività assicurativa ed è necessario per la stipula del contratto di assicurazione, per la natura stessa del rapporto (a tal riguardo pertanto, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale o nell'adempimento alla richiesta di preventivo avanzata dal soggetto interessato).

Inoltre, come stabilito dalla normativa, è possibile che alcune tipologie di prodotti assicurativi inerenti alla RCA prevedano l'inserimento sul mezzo di trasporto di dispositivi elettronici di tracciamento degli eventi, comunemente chiamati "Scatola Nera". In questo caso, la Società potrebbe trattare i relativi dati personali connessi all'attività del veicolo in connessione ad eventi rilevanti quali incidenti o contestazioni aventi valenza in base al rapporto assicurativo. A tal riguardo, la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel rapporto contrattuale e nella sua esecuzione sulla base delle vigenti norme che hanno introdotto l'uso di tali strumentazioni in ausilio all'attività di accertamento dei fatti in occasione di contestazioni e indagini nascenti da eventi stradali.

Infine, la Società può svolgere ulteriori attività che comportano processi decisionali automatizzati connessi alle attività anti frode ed antiterrorismo. Tali attività comportano il trattamento di dati personali con modalità automatizzate al fine di individuare eventuali frodi o comportamenti che possano comportare la violazione di norme statali e sovranazionali in materia di antiterrorismo. A tal riguardo la base giuridica del trattamento deve individuarsi nel legittimo interesse della Società ad individuare eventuali frodi a suo carico e nell'obbligo legale nascente dalle vigenti norme in materia di antiterrorismo.

## 8) I SUOI DIRITTI

Le ricordiamo che gli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento, Le riconoscono numerosi diritti, tra cui il diritto di:

- a) accedere ai dati personali che lo riguardano, ottenere informazioni circa i dati trattati, le finalità e le modalità del trattamento;
- b) ottenere la rettifica e l'aggiornamento dei dati, di chiedere la limitazione del trattamento effettuato sui propri dati (ivi incluso, ove possibile, il diritto all'oblio e la cancellazione);
- c) opporsi per fini legittimi al trattamento dei dati nonché esercitare il proprio diritto alla portabilità dei dati;
- d) proporre reclamo alla competente Autorità di controllo.

Le ricordiamo che ove avesse conferito il Suo libero consenso alle attività di cui ai precedenti punti 2 b), c) e d) (*finalità di marketing e ricerche di mercato, finalità statistiche, comunicazioni a terzi*), potrà in qualsiasi momento revocare il Suo consenso. A tal proposito si precisa che la revoca, anche ove fosse espressa con riguardo ad uno specifico mezzo di comunicazione, si estenderà automaticamente a tutte le tipologie di invio e di mezzo comunicativo. Potrà, inoltre, sempre comunicare la volontà di non ricevere più comunicazioni di cui al punto 2 e) (soft spam) e 2 f) (attività di autovalutazione).

Per esercitare tali diritti potrà rivolgersi al Responsabile per la Protezione dei Dati ai recapiti indicati nel paragrafo 1, che qui si riportano per Sua maggiore comodità: E-mail [privacy@it.zurich.com](mailto:privacy@it.zurich.com); ovvero scrivendo alla Società all'attenzione del Responsabile per la Protezione dei Dati all'indirizzo di Milano, Via Benigno Crespi, 23 (20159).

GC2111P000Z084174 0000000000001



<b>CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI</b>
---

Il/i sottoscritto/i ricevuta e letta l'Informativa, dichiara/no di prendere atto che i suoi dati personali – ivi inclusi i dati relativi alla salute - saranno trattati dalla Società per le finalità di cui al punto 2 a) dell'Informativa medesima (finalità contrattuali e di legge). Inoltre, il Contraente, qualora soggetto diverso dall' Assicurato e dal beneficiario ove previsto, dichiara di provvedere a rendere noti i contenuti dell'Informativa all'assicurato/beneficiario alla prima occasione di contatto con quest'ultimo/i.

Data .....

Data .....

Firma **Contraente**Firma **Assicurato** (se diverso dal Contraente)

.....

.....

Inoltre, il Contraente presta il suo specifico, libero e facoltativo consenso al trattamento dei suoi dati personali:

SI NO

(b) per finalità di marketing, invio di offerte promozionali, iniziative commerciali dedicate, inviti alla partecipazione a concorsi a premi, materiale pubblicitario e vendita di prodotti o servizi della Società o di altre Società del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd (tramite strumenti automatizzati quali ad esempio fax, sms, posta elettronica etc e strumenti tradizionali quali posta e telefono) nonché per consentire alla Società di condurre ricerche di mercato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) per consentire alla Società di effettuare rilevazioni statistiche, al fine di migliorare i propri prodotti e servizi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) per la comunicazione degli stessi a soggetti terzi come indicati al punto 2 lett. d) dell'Informativa, i quali potranno a loro volta trattarli per loro proprie finalità di marketing, invio di comunicazioni commerciali e vendita diretta tramite posta, posta elettronica, telefono, fax e qualsiasi altra tecnica di comunicazione a distanza, automatizzata e non automatizzata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data

Firma **Contraente**

.....

.....

GC2111P000Z084174 0000000000001

