

LOTTO III

**UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE
MARCHE**

60121 ANCONA – P.zza Roma 22

Capitolato di Polizza di Assicurazione

Infortunati Conducenti auto proprie

INDICE

DEFINIZIONI	Pagina	2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	Pagina	3
SOGGETTI ASSICURATI E RISCHI COPERTI	Pagina	6
ESCLUSIONI	Pagina	7
GESTIONE E LIQUIDAZIONE SINISTRO	Pagina	8
SOMME ASSICURATE, FRANCHIGIE, SCOPERTI, CALCOLO DEL PREMIO	Pagina	13
ALLEGATO	Pagina	15

Definizioni

ASSICURATO	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
CONTRAENTE	La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione
COSE	Sia gli oggetti materiali sia gli animali.
FRANCHIGIA	L'importo prestabilito di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
POLIZZA	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
SOCIETA'	L'impresa assicuratrice.

SEZIONE 1 – Norme che regolano l'assicurazione in generale

1.1 – Prova del contratto

La polizza e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto o su qualsiasi altro documento che concede la copertura deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale dell'Impresa che concede la copertura assicurativa.

1.2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 90 giorni dalla data della decorrenza della polizza; la garanzia si interrompe alle ore 24.00 del novantesimo giorno dalla stessa data di decorrenza e verrà riattivata dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga il premio per le rate successive entro il 90° giorno dalla scadenza, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le scadenze successive.

1.3 – Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata e/o fax e/o posta elettronica indirizzata alla Società o all'Agenzia a cui è assegnata la polizza.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

1.4 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti e non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

1.5 – Diminuzione del rischio

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 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

La Società è inoltre tenuta alla restituzione del rateo di premio pagato e non goduto dal Contraente, al netto delle imposte governative.

1.6 – Buona fede

L'omissione da parte dell'Assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni dell'Assicurato all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede (*quindi esclusi i casi di dolo o colpa grave*), fermo restando il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (*aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso*).

1.7 – Recesso in caso di sinistro

Dopo la denuncia di ogni sinistro e fino al 60° giorno dalla definizione dei rapporti fra le Parti, la Società ed il Contraente hanno la facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 120 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. Nel caso di recesso da parte della Società, la stessa dovrà rimborsare al Contraente il rateo di premio imponibile relativo al periodo di rischio non corso.

Al fine di conteggiare nella giusta misura le tasse dovute dal Contraente per il residuo periodo di copertura, nel caso in cui la facoltà di recesso sia attivata dalla Società e all'interno del periodo di 120 giorni previsto per l'efficacia del recesso ricada la scadenza di una rata della polizza, la stessa Società si impegna, ferma la validità del recesso, ad emettere una appendice di proroga del contratto per un tempo uguale alla differenza tra il periodo di preavviso di recesso di 120 giorni ed il periodo intercorrente tra l'avviso di recesso e la scadenza della rata.

1.8 – Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha la durata indicata nell'allegato e avrà termine alla scadenza senza bisogno di disdetta.

La Società si impegna, su espressa volontà della parte Contraente, a prorogare sino al massimo di un anno la presente assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche, a fronte del pagamento del relativo premio; tale premio dovrà essere corrisposto entro 60 giorni dalla data di decorrenza della proroga.

Nell'ipotesi di una proroga inferiore all'anno, il premio relativo verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura.

1.9 – Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per i medesimi rischi.

1.10 – Coassicurazione e delega

A deroga dell'art.1911 Codice Civile, la Delegataria risponderà direttamente anche della parte di indennizzo a carico delle Coassicuratrici.

Tutte le comunicazioni relative al presente Contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime.

1.11 – Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Con periodicità annuale l'Impresa si impegna a fornire al Contraente i dati afferenti l'andamento del rischio, in particolare il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata, onde consentire al Contraente di predisporre, con cognizione, le basi d'asta ed alle Imprese offerenti, in ipotesi di gara, di effettuare le proprie offerte su dati tecnici personalizzati.

I dati verranno forniti nel rispetto e tutela della legge sulla privacy.

1.12 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla polizza sono a carico del Contraente.

1.13 – Foro competente

In caso di controversia giudiziale il Foro competente è quello di Ancona.

1.14 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dalle condizioni contrattuali valgono le norme di legge.

1.15 – Estensione territoriale

La presente assicurazione vale per i danni che avvengono nel mondo intero.

1.16 – Rescindibilità annuale

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1.8, sebbene il presente contratto sia stipulato per una durata pluriennale è in facoltà delle Parti di rescinderlo al termine di ogni anno, con preavviso di sessanta giorni da inviarsi con lettera raccomandata.

1.17 – Interpretazione del contratto

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

SEZIONE 2 – Soggetti assicurati e rischi coperti

2.1 – Oggetto dell'Assicurazione e persone assicurate

La presente assicurazione è stipulata in ottemperanza agli obblighi di legge, derivanti alla Contraente, di garantire gli infortuni subiti dai conducenti dei veicoli e dei trasportati, espressamente autorizzati dall'Amministrazione, che in occasione di missioni o per adempimenti di servizio utilizzando il mezzo di trasporto privato per il tempo strettamente necessario per l'esecuzione della prestazione di servizio.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti in occasione della salita o della discesa dal veicolo nonché a quelli subiti in conseguenza delle operazioni effettuate in caso di fermata del veicolo, per mettere il veicolo in condizione di riprendere la marcia o per spostarlo dal flusso del traffico o reinserirlo nel flusso medesimo.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle targhe delle autovetture assicurate nonché delle generalità delle persone che usano tali autovetture.

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

SEZIONE 3 – Esclusioni

3.1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

1. in occasione di eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
2. in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
3. in stato di ubriachezza e/o sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
4. da contaminazione NBC (Nucleare, Biologica, Chimica) di origine terroristica.

3.2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza:

1. fatto salvo patto speciale, le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente;
2. indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

SEZIONE 4 – Gestione e liquidazione sinistro

4.1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata all'Agenzia o alla Società, entro il 9° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni.

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

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma e/o posta elettronica.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

4.2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano dipendenti 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 possano 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.

a. MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. 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 due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato

muore, i beneficiari, o in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

b. MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di incidente, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente Polizza.

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 due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue: la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al DPR del 30/06/1965 n. 1124 (Settore Industria) con rinuncia alle franchigie relative stabilite, nonché alle successive eventuali modificazioni ed integrazioni in vigore fino al 24/07/2000, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale.

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

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

In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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 agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d. DIARIA DA RICOVERO

Per la categoria di cui all'art. 2.1 se in conseguenza di evento indennizzabile ai sensi di polizza l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura (*pubblico o privato*), la Società liquida la diaria di €35,00 per ciascun giorno di ricovero, per la durata massima di 365 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio.

La diaria di cui sopra viene liquidata dietro presentazione di copia della cartella clinica completa di dichiarazione dell'Istituto di cura attestante la durata del ricovero.

L'indennizzo per diaria da ricovero è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, spese sanitarie e diaria gesso.

e. SPESE SANITARIE

Per le categorie di cui all'art. 2.1 in caso di infortunio indennizzabile a termine di polizza, la Società rimborsa, fino a concorrenza di € 1.000,00 per sinistro, le spese di carattere sanitario direttamente conseguenti e sostenute:

1. durante il ricovero in Istituto di cura pubblico o privato (rette degenze, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di intervento, diritti di sala operatoria, medicinali);
2. per intervento chirurgico anche ambulatoriale;
3. per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
4. per applicazioni di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
5. per analisi ed accertamenti:
 - diagnostici strumentali anche specialistici quali, ad esempio: TAC, (tomografia assiale computerizzata), ecografia, doppler holter, scintigrafia, risonanza magnetica nucleare;
 - diagnostici di laboratorio, per esami clinici, immunologici, microscopici;
 - diagnostici radiologici – radioscopie – radiografie – stratigrafie - angiografie;
6. per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio:
 - laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni marconiterapia, massoterapia;
7. per presidi ortopedici, limitatamente a: corsetti ortopedici per scoliosi ed artrosi, protesi e tutori di funzione arti superiori, inferiori e tronco, protesi oculari;
8. per cure termali effettuate nei 90 giorni successivi all'infortunio denunciato;

9. per trasporto dell'assicurato con qualsiasi mezzo dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura o posto di pronto soccorso.

L'indennizzo per spese sanitarie è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, diaria gesso e diaria di ricovero.

f. DIARIA GESSO

Per la categoria di cui all'art. 2.1, qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termine di polizza l'Assicurato abbia riportato frattura oppure gli sia stato applicato mezzo di contenzione che realizzi l'immobilizzazione della parte, rimovibile solo da personale medico o paramedico, anche senza ricovero, la Società corrisponderà l'indennità di € 35,00 giornaliera. Tale indennità verrà corrisposta fino alla rimozione del gesso e comunque per un massimo di 60 giorni, sempreché l'Assicurato si sia trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle proprie occupazioni.

L'erogazione della indennità "gesso" avrà luogo previa presentazione alla Società della certificazione in originale indicante il giorno dell'applicazione dell'apparecchio gessato, quello della dimissione dall'Istituto di cura e quello della rimozione.

L'indennizzo per diaria gesso è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, spese sanitarie e diaria di ricovero.

4.3 – Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata della Inabilità Temporanea, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi due; in caso di disaccordo, lo designa il Segretario dell'ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio Medico risiede presso la sede del Contraente.

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

La decisione del Collegio Medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

La Società rimborserà le spese e gli onorari del medico che avrà nominato ed il 50% delle spese ed onorari del terzo medico; parimenti l'Assicurato rimborserà le spese e gli onorari del medico che avrà nominato ed il 50% delle spese e degli onorari del terzo medico.

4.4 – Anticipo indennizzo

Qualora trascorsi 120 giorni dalla denuncia del sinistro sia prevedibile che all'Assicurato infortunatosi residui un'invalidità permanente di grado superiore al 20%, la Società – se richiesta – corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari alla metà di quello che spetterebbe in base alla previsione, da congruarsi in sede di liquidazione definitiva.

4.5 – Liquidazione/Accantonamento

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento in valuta corrente.

In caso di ritardato pagamento dell'indennizzo, trascorsi 15 giorni dalla restituzione degli atti di liquidazione firmati, la Società corrisponderà all'avente diritto all'indennizzo gli interessi di mora calcolati a decorrere dal giorno della restituzione degli atti di liquidazione.

Qualora l'Assicurato o, in caso di morte, gli aventi diritto avanzino verso il Contraente pretese a titolo di responsabilità civile e non accettino, a completa tacitazione di tali pretese, l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza, detta indennità, a richiesta del Contraente viene accantonata nella sua totalità per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'Assicurato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese sostenute dal Contraente.

4.6 – Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa verso i terzi responsabili dell'infortunio, diritto che le compete in forza dell'art. 1916 c.c..

SEZIONE 5 – Somme assicurate, franchigie, scoperti, calcolo del premio

5.1 – Massimali

L'Assicurazione è prestata, alle condizioni tutte della presente polizza, per ciascun soggetto assicurato fino alla concorrenza delle seguenti somme:

Garanzia	Massimale
Caso Morte	€300.000,00
Caso Invalidità Permanente sino ad un massimo di	€600.000,00
Diaria da ricovero (massimo 365 giorni)	€35,00
Spese sanitarie da infortunio sino ad un massimo di	€1.500,00
Diaria gesso	€35,00

5.2 – Franchigia assoluta per invalidità permanente

A parziale deroga dell'art. 4.2 "Criteri di indennizzabilità", la liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) Sulla parte di somma eccedente Euro 250.000,00 (duecentocinquantamila) non si farà luogo ad indennizzo quando l'invalidità permanente è di grado pari od inferiore al 5% della totale; se invece l'invalidità permanente risulta superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente;
- b) Nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennità senza deduzione di alcuna franchigia.

5.3 – Limite catastofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 10.000.000,00 (diecimilioni). Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

5.4 – Regolazione del premio

Poiché il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed

è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, l'Assicurato deve fornire per iscritto alla Società tutti i dati necessari.

Le differenze passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate dalla Società entro 60 giorni dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione mentre le differenze attive a favore della Società dovranno essere corrisposte dall'Assicurato entro 60 giorni dalla data di ricevimento dell'apposita appendice per l'incasso.

Se l'Assicurato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e la garanzia non viene sospesa ma resta in vigore solo per la somma che si ottiene dal rapporto che esiste tra il premio pagato e la somma che l'assicurato avrebbe dovuto pagare.

Per i contratti scaduti, se l'Assicurato 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.

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

5.4.1 – Il premio minimo anticipato, che sarà anche il minimo di polizza, sarà computato sulla base della percorrenza annua di 500.000 chilometri.

5.5 – Regolazione del premio eccedente

Con riferimento al punto 5.4 “Regolazione del Premio”, il premio per ogni chilometro percorso oltre i 500.000 stabiliti in polizza viene fissato in Euro....., al lordo delle imposte governative

6. – ALLEGATO
(costituente parte integrante della presente polizza)

1. **Contraente:** UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE
2. **Durata:** ANNI CINQUE
3. **Decorrenza:** 1 gennaio 2011
4. **Scadenza:** 31 dicembre 2015
5. **Prima rata sino al:** 31 dicembre 2011
6. **Somme assicurate:** come all'art. 5.1

PREMIO ALLA FIRMA

Netto	Accessori	Imposta	Lordo
€	€	€	€

PREMIO ANNUO

Netto	Accessori	Imposta	Lordo
€	€	€	€

7. **Consenso al trattamento dei dati personali:** Le parti, ai sensi della Legge 31/12/1996 n. 675 autorizzano al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, il Contraente e la Società.

8. **Accettazione:** La Società _____ autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. _____ del _____ pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. _____ del _____, dichiara di aver esaminato in ogni sua parte la lettera di invito ed il presente Capitolato e quant'altro ad esso allegato, e di conseguenza di accettare, senza riserva alcuna, i termini, le modalità e le prescrizioni in essa contenute.

La Società

Il Contraente

DICHIARAZIONE

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro

Art. 1.8 – Durata del Contratto

Art. 1.13 – Foro competente

Art. 5.4 – Regolazione del premio

Art. 5.5 – Regolazione del premio eccedente

Data _____

La Società

Il Contraente
