

CAPITOLATO TECNICO

POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI VOLONTARI

Lotto n. 2

CIG. 87035371F2

Polizza n.

Effetto dalle ore 24.00 del

Scadenza alle ore 24.00 del

DEFINIZIONI TERMINOLOGIA.....	4
ART. 1 – VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELL’OFFERTA.....	6
ART. 2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	6
ART. 3 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE – EVENTUALE PROROGA TECNICA.....	6
ART. 4 – CORRISPETTIVO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.....	7
ART. 5 – REVISIONE DEL PREZZO.....	8
ART. 6 – RECESSO DAL CONTRATTO	8
ART. 7 – PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL’ASSICURAZIONE	8
ART. 8 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ.....	8
ART. 9 – ONERI FISCALI	9
ART. 10 – FORO COMPETENTE	9
ART. 11 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA DI BUONA FEDE	9
ART. 12 – ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA	9
ART. 13 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL’ANDAMENTO DEL RISCHIO	9
ART. 14 – CLAUSOLA INTERMEDIARI	10
ART. 15 - COASSICURAZIONE E DELEGA	11
ART. 16 – OBBLIGHI IN TEMA DI TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI.....	11
ART. 17 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	12
ART. 18 – RINUNCIA ALLA SURROGAZIONE.....	12
ART. 19 – TRATTAMENTO DEI DATI	12
ART. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE	13
ART. 21 – DISCIPLINA DELL’APPALTO.....	13
ART. 22 - INCOMPATIBILITÀ	13
CONDIZIONI SPECIFICHE	14
ART. 1) TITOLO CHE DÀ DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE.....	14
ART. 2) DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA PER SINGOLO ASSICURATO	14
ART. 3) REGOLAZIONE DEL PREMIO	15
ART. 4) ESTENSIONE TERRITORIALE	15
GARANZIA A) INFORTUNI	15
ART. 1) OGGETTO DEL RISCHIO	15
ART. 2) EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO - ESTENSIONI DI GARANZIA	15
ART. 3) ESCLUSIONI.....	16
ART. 4) PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ.....	16
NEL CASO DI INFORTUNIO, IL PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ SARÀ EFFETTUATO IN ITALIA, IN VALUTA EURO.	16
ART. 5) ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ	16
ART. 6) PERSONE NON ASSICURABILI.....	17
ART.7) CASO MORTE	17
ART. 8) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	17
ART. 9) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA.....	17
ART. 10) ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO	19

ART. 11) RISCHIO GUERRA	19
ART.12) MALATTIE TROPICALI.....	19
ART.13) MORTE PRESUNTA.....	20
ART.14) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI	20
ART.15) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO	20
ART. 16) DANNI ESTETICI.....	20
ART. 17) CUMULO DI INDENNITA'	20
ART.18 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	20
ART. 19 – DIARIA PER RICOVERO	21
ART. 20 – INABILITA' TEMPORANEA.....	21
ART. 21 – EVENTI EPIDEMICI/PANDEMICI	21
GARANZIA B)- RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO	22
ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI	22
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "SPESE DI CURA" A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO	22
ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	22
ART. 2 - DAY HOSPITAL	23
ART. 3 - DECORRENZA DELLA GARANZIA, TERMINI DI ASPETTATIVA.....	23
ART. 4 - ESCLUSIONI	23
ART. 5 - PERSONE NON ASSICURABILI	23
ART. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE.....	24
GARANZIA C) ASSISTENZA	25
DEFINIZIONI INTEGRATIVE	25
ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOGGETTI ASSICURATI.....	26
ART. 2 - LIMITI DI ESPOSIZIONE	26
ART. 3 - MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA.....	26
ART. 4 - RESPONSABILITÀ.....	26
ART. 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI	26
ART. 6 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	26
ART. 7 - CENTRALE OPERATIVA	26
ART. 8 - INFORMAZIONI SANITARIE.....	26
ART. 9 - RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE.....	26
ART. 10- FASCE DI OPERATIVITA' DEL SERVIZIO ASSISTENZA.....	27
ART. 11 - TRASFERIMENTO SANITARIO	27
ART. 12 - CONSULTI TRA SPECIALISTI.....	27
ART. 13 - CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE	27
ART. 14 – INVIO DI UNA EQUIPE MEDICA	27
ART. 15 – RIENTRO SANITARIO.....	28
ART. 16 – SEGNALAZIONE MEDICINALI ALL'ESTERO.....	28
ART. 17 – CONCORSO SPESE DI RICERCA E SALVATAGGIO.....	28
ART. 18 – RECAPITO MESSAGGI URGENTI	28
ART. 19 – TRASPORTO/RIMPATRIO SALMA.....	28
ART. 20 – FAMILIARE AL SEGUITO	28
ART. 21- ASSICURAZIONE BAGAGLIO	28
ART. 22 - ESCLUSIONI GENERALI	29
CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI	30
1) SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI	30
2) INDENNITÀ FORFETTARIE RICONOSCIUTE IN CASO DI CONTAGIO PER EPIDEMIA E PANDEMIA DURANTE LE ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE (OPERANTI ESCLUSIVAMENTE DURANTE EVENTI EMERGENZIALI PURCHÉ SIA STATO VERSATO IL RELATIVO PREMIO AGGIUNTIVO)	30
3) ASSISTENZA-SOMME ASSICURATE: COME PREVISTO NELLA RELATIVA SEZIONE	30
SCHEDA SVILUPPO PREMIO	31
SCHEDA DI QUOTAZIONE	32

DEFINIZIONI TERMINOLOGIA

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Volontario di Protezione Civile:	il soggetto appartenente ad organizzazioni di volontariato di protezione civile, ivi inclusi i gruppi comunali di protezione civile, iscritti nell'elenco nazionale del Dipartimento della protezione civile di cui all'articolo 1 DPR n. 194/2001, alla componente volontaristica della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, nonché alle altre organizzazioni attivate ai sensi dell'art. 13 del medesimo DPR n. 194/2001, e della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 9 novembre 2012, pubblicata nella G.U. n. 27 del 1 febbraio 2013, impiegati dal Dipartimento della protezione civile in occasione di eventi di protezione civile di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di competenza statale ai sensi dell'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, per i quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza ai sensi dell'articolo 5 della medesima legge n. 225/1992, per gli interventi all'estero ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2005, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 152, nonché in attività di simulazione di emergenza e di formazione teorico-pratica in materia di protezione civile, compresa quella destinata ai cittadini, organizzate e coordinate dal Dipartimento della protezione civile.
Beneficiario:	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
Società:	l'Impresa assicuratrice;
Contraente:	Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Protezione Civile - Via Ulpiano 11 – 00195 Roma;
Broker:
Franchigia:	l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo;
Massimale:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro;
Scoperto:	l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri;
Indennizzo/Risarcimento:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;

Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente o la necessità di cure mediche;
Day Hospital:	ricovero a regime diurno che comporta la cartella clinica;
Intervento Chirurgico:	atto medico, praticato in Istituto di cura od ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si ritiene equiparata ad intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, la clinica privata, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie, al ricovero di malati e all'erogazione di assistenza ospedaliera;
Malattia:	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
Ricovero:	degenza comportante il pernottamento in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria;
Polizza:	il documento che attesta l'assicurazione;
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro;
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Invalidità permanente:	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

ART. 1 – VARIAZIONI DEL RISCHIO SUCCESSIVAMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELL’OFFERTA

Per aggravamento del rischio si intende qualsiasi modifica dovuta a cause sopravvenute, non previste e non prevedibili al momento della presentazione dell’offerta, 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 alla presentazione dell’offerta che comporti una variazione del rischio, ai sensi del precedente comma, 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. e, in parziale deroga alla predetta norma, rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 2 – ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Si dà atto che possono sussistere altre assicurazioni per lo stesso rischio.

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.

ART. 3 – DURATA DELL’ASSICURAZIONE – EVENTUALE PROROGA TECNICA.

L’Assicurazione è stipulata per la durata di anni 2 con effetto dalle ore 24.00 del e scadenza alle ore 24.00 del

E’ prevista la facoltà per il Contraente di rinnovare il contratto per egual periodo dandone comunicazione alla Società almeno 60 giorni prima della scadenza prefissata. In assenza di tale accordo fra le parti, l’assicurazione cesserà alla scadenza del

È però facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto, richiedere alla Società una proroga tecnica del presente contratto, finalizzata all’espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione del nuovo servizio di copertura assicurativa, ai sensi dell’art. 106 co. 11 del d.lgs. 50/2016. In tal caso, la Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di premio, conteggiato sulla base di 1/365 del premio annuale, per ogni giorno di copertura, si impegna sin d’ora a prorogare i servizi di cui al presente contratto, alle medesime condizioni contrattuali ed economiche.

ART. 4 – CORRISPETTIVO, PAGAMENTO E REGOLAZIONE DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Il premio dell'Assicurazione viene corrisposto dal Contraente con applicazione di una rateazione annuale all'attivazione della polizza, ossia al e al..... di ogni scadenza anniversaria.

Tenuto conto che le prestazioni assicurative sono esenti, ai sensi dell'art. 10 comma 2 D.P.R. n.633/1972, dall'imposta sul valore aggiunto, il pagamento effettuato a favore della Società sarà riscontrato, mediante apposita ricevuta (es. appendice di pagamento, carico contabile), nella quale dovranno essere indicati:

- il numero della polizza
- la sede operativa della Società
- il CIG (Codice Identificativo Gare)
- il periodo di competenza
- il premio pagato

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza se il premio è stata pagato entro i 60 giorni successivi. Se il Contraente non paga il premio entro tale termine, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della decorrenza e/o rinnovo o proroga e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 C.C.).

I premi potranno essere pagati alla Società anche per il tramite del broker, qualora presente.

Il premio è convenuto in base ad elementi di rischio variabile, così come indicato alla Scheda– Calcolo del premio.

Esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio sopra esposto 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 120 giorni dalla fine di ogni periodo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio di conguaglio. Se il Contraente non effettua nel termine anzidetto la comunicazione dei dati, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta.

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice di regolazione correttamente emessa dalla Società, e della relativa ricevuta di pagamento, nel rispetto della vigente normativa.

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.

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 del DPR 602/1973 la Società da atto che:

l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuata dal Contraente ai sensi del D. M. E. F. del 18 gennaio 2008 n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;

il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 c.c. nei confronti della Società stessa.

ART. 5 – REVISIONE DEL PREZZO

Al verificarsi delle ipotesi di variazione del rischio previsti all'Art. 1 - "Variazioni del rischio successivamente alla presentazione dell'offerta", la Società potrà richiedere, ai sensi dell'art. 106 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, la revisione del prezzo.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla revisione del prezzo; qualora sia pattuito un aumento dei premi, il Contraente provvede a corrispondere l'integrazione del premio nei termini di cui all'art. 4 "Corrispettivo, pagamento e regolazione del premio e decorrenza della garanzia".

ART. 6 – RECESSO DAL CONTRATTO

Il presente contratto non prevede la facoltà bilaterale di recesso per sinistro bensì la facoltà bilaterale di recesso anticipato da esercitarsi dopo la prima scadenza annuale, con preavviso non inferiore a 240 giorni.

La Società, entro 30 (trenta) giorni dalla data d'efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta governativa, relativa al periodo di rischio non corso. Ai fini del rimborso si tiene conto di eventuali importi dovuti dal Contraente.

Nella comunicazione di recesso della Società, quest'ultima, congiuntamente alla volontà espressa di recedere dal contratto dovrà fornire al Contraente tutti i dati di cui al successivo art. 13 - "Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio", necessari per la redazione del bando di gara per l'affidamento del nuovo contratto assicurativo. Si precisa che, in assenza dei dati richiamati, la comunicazione della facoltà di recesso deve intendersi come non perfezionata.

ART. 7 – PROVA DEL CONTRATTO E MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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 effetto di ciascun documento.

Le eventuali modifiche alla presente polizza debbono essere provate per iscritto.

Le variazioni che comportino aumenti di premio si ritengono operanti dalla decorrenza richiesta, a condizione che il pagamento del relativo premio sia effettuato entro 60 giorni dalla ricezione dell'appendice di variazione corretta.

ART. 8 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL CONTRAENTE ALLA SOCIETÀ

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (ovvero consegnata anche a mano) od altro mezzo (pec, telefax o simili, inclusa posta elettronica) indirizzata alla Società oppure al Broker, qualora presente.

ART. 9 – 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.

Gli oneri relativi alle spese contrattuali, ivi comprese quelle previste dalla normativa vigente, relative all'imposta di bollo, sono a carico della Società.

ART. 10 – FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto è competente, esclusivamente, l'autorità giudiziaria del luogo della sede del Contraente.

ART. 11 – INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO – CLAUSOLA DI BUONA FEDE

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.

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, che attraverso il presente contratto, il medesimo intende dare corso alla più ampia tutela degli specifici interessi inerenti l'oggetto dell'Assicurazione ed in relazione a ciò si impegna e garantisce l'intenzione di eseguire secondo buona fede e correttezza ogni adempimento previsto a proprio carico dalle Condizioni tutte di Polizza. La Società parimenti dichiara che, sin d'ora, rinuncia ad eccepire l'inoperatività della garanzia in conseguenza di inesatta, incompleta, ritardata od omessa esecuzione, da parte del Contraente di ogni e qualunque adempimento inerente la stipulazione e la gestione amministrativa della Polizza, inclusa l'esecuzione della stessa in caso di sinistro, purché ascrivibile ad atti od omissioni commessi in assenza di dolo dal Contraente o dalle persone del cui operato lo stesso deve rispondere. Resta inteso che il Contraente dovrà provvedere nel più breve tempo possibile all'esecuzione, rettifica, correzione, integrazione, completamento degli atti e comportamenti dovuti, nonché al pagamento del premio, o maggior premio, eventualmente spettante alla Società, nonché degli interessi di mora alla stessa dovuti nel caso in cui il ritardo nel pagamento abbia ecceduto i 60 giorni. Fermo restando quanto precedentemente previsto, si precisa, a maggior chiarimento, che le disposizioni di cui al presente comma non modificano il contenuto e l'estensione della garanzia assicurativa secondo le disposizioni normative ed economiche previste dalla presente Polizza.

ART. 12 – ASSICURAZIONE PER CONTO DI CHI SPETTA

La presente polizza è stipulata dal Contraente in nome proprio e/o nell'interesse di chi spetta.

ART. 13 – OBBLIGO DI FORNIRE DATI SULL'ANDAMENTO DEL RISCHIO

La Società si impegna a fornire al Contraente, in formato elettronico Microsoft Excel® o altro supporto informatico equivalente purché editabile, il dettaglio, aggiornato a non oltre i 60 giorni antecedenti, dei sinistri denunciati, con indicazione del numero di sinistro attribuito dalla Società, data di accadimento dell'evento, circostanze di fatto e di luogo dichiarate dall'Assicurato/Contraente, nonché le generalità delle persone interessate, data di denuncia, descrizione dell'evento, nonché lo stato del sinistro come di seguito elencato:

- sinistri riservati con indicazione dell'importo a riserva;
- sinistri pagati parzialmente con indicazione dell'importo già liquidato e la data di pagamento;
- sinistri liquidati con indicazione dell'importo liquidato e la data di pagamento;
- sinistri senza seguito;
- sinistri respinti.

Il suddetto dettaglio dovrà essere fornito con le seguenti tempistiche:

- entro 60 giorni dal termine di ciascuna annualità assicurativa entro 180 giorni antecedenti la scadenza finale del contratto, nel caso di recesso anticipato del contratto,
- oltre la scadenza contrattuale, al di ogni anno e fino alla completa definizione di tutti i sinistri compresi i riservati.

La Società espressamente riconosce che le previsioni tutte contenute nella presente clausola contrattuale:

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 presente contratto assicurativo, in quanto necessarie a rendere tempestivamente ed efficacemente edotto il Contraente circa gli elementi costitutivi e qualificanti del rapporto contrattuale con la Società.

Resta ferma la possibilità per il Contraente di chiedere ed ottenere, con il consenso della Società, un aggiornamento in date diverse da quelle indicate.

ART. 14 – CLAUSOLA INTERMEDIARI

Si conviene tra le Parti che la Contraente ha affidato, l'incarico di gestione ed esecuzione del contratto alla Società con sede in Via, pertanto, tutte le comunicazioni a cui le Parti sono tenute potranno essere fatte anche per il tramite del Broker ed in tal caso si intenderanno come fatte dall'una all'altra Parte, anche ai fini dell'Articolo 1913 del Codice Civile.

Si conviene altresì che, il pagamento dei premi dovuti alla Società, potrà essere effettuato dalla Contraente tramite il Broker, con effetto liberatorio per la Contraente ai sensi dell'Articolo 1901 del Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui sopra, la Società delega quindi esplicitamente il Broker, all'incasso del premio, in ottemperanza a quanto previsto dall'Articolo 118 del D. Lgs.209/2005 e con gli effetti, per la Contraente, previsti al 1° comma del medesimo articolo.

La mancata ottemperanza a quanto disposto dalla presente condizione può comportare la risoluzione del contratto ed il risarcimento degli eventuali danni fatta salva ogni eventuale altra conseguenza a sensi di legge.

La disciplina del presente articolo si intende integrata con quanto espresso all'art. 11 dello schema di Contratto della gara per servizi di brokeraggio, pubblicata dal Dipartimento con bando GURI n. 12 del 1 febbraio 2021, che ad ogni buon conto, qui si riporta:

Il pagamento da parte del Dipartimento dei premi relativi ai contratti assicurativi, sarà effettuato per il tramite del Broker.

2. Questo si obbliga a versarli alle Compagnie interessate, in nome e per conto del Dipartimento, nei termini e nei modi convenuti e comunque non oltre il giorno 10 del mese successivo a quello del pagamento da parte del Dipartimento. Ai fini del pagamento, il Dipartimento effettua nei confronti del Broker le verifiche di conformità, nonché di regolarità fiscale e contributiva previste dalla legge. Nel caso in cui le citate verifiche abbiano esito non positivo, il Dipartimento – previa formale comunicazione al Broker e alle Compagnie assicuratrici interessate- provvederà a versare direttamente a dette Compagnie i premi relativi ai contratti assicurativi, detraendo l'importo corrispondente alla provvigione dovuta al Broker. Tale ultimo importo sarà versato ai competenti enti previdenziali o agenzie fiscali, o eventualmente allo stesso Broker, entro i termini e secondo le modalità previste dalla legge.

3. Il versamento al Broker dei premi assicurativi sarà effettuato mediante bonifico bancario sul c/c dedicato che l'Aggiudicatario comunicherà al Dipartimento. Il pagamento al Broker produce effetto liberatorio per il Dipartimento.

4. Gli strumenti di pagamento tra Dipartimento e Broker e tra Broker e Compagnie assicurative dovranno recare l'indicazione del CIG di cui al presente contratto nonché del CIG relativo alla polizza attivata, con indicazione distinta degli importi relativi ai premi assicurativi e degli importi per provvigioni.

5. Nel caso in cui il Broker non provveda al pagamento del premio alla Compagnia assicurativa entro i termini indicati, sarà direttamente responsabile di tutte le conseguenze derivanti dall'eventuale sospensione della garanzia assicurativa.

ART. 15 - COASSICURAZIONE E DELEGA

Qualora l'assicurazione fosse ripartita per quote determinate tra Imprese in coassicurazione ai sensi dell'art. 1911 del c.c., le stesse devono essere indicate nel riparto allegato alla Polizza, ferma restando - in deroga al medesimo articolo 1911 c.c. - la responsabilità solidale di tutte le Imprese coassicurate nei confronti del Contraente e dell'Assicurato per le obbligazioni assunte con la stipula dell'Assicurazione.

La Spettabile, all'uopo designata Coassicuratrice Delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto, e in nome e per conto delle stesse, a:

firmare la Polizza e gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente atto, 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

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 applicabili.

ART. 16 – OBBLIGHI IN TEMA DI TRACCIABILITÀ DEI FLUSSI FINANZIARI

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 8, della Legge 13 agosto 2010 n. 136, la Società si impegna a rispettare puntualmente quanto previsto dalla predetta disposizione in ordine agli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari.

Ferme restando le ulteriori ipotesi di risoluzione previste dal presente contratto/polizza di assicurazione, si conviene che la Contraente., in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 3, comma 9 bis, della Legge 13 agosto 2010 n. 136, senza bisogno di assegnare previamente alcun termine per l'adempimento, potrà risolvere di diritto il presente contratto ai sensi dell'art. 1456 cod. civ.,

nonché ai sensi dell'art. 1360 cod. civ., previa dichiarazione da comunicarsi alla Società con raccomandata A.R, qualora le transazioni siano eseguite senza avvalersi del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n.136.

La Società è tenuta a comunicare tempestivamente e comunque entro e non oltre 7 giorni dalla/e variazione/i qualsivoglia variazione intervenuta in ordine ai dati relativi agli estremi identificativi del/i conto/i corrente/i dedicato/i nonché le generalità (nome e cognome) e il codice fiscale delle persone delegate ad operare su detto/i conto/i.

Ai sensi della Determinazione dell'Autorità per la Vigilanza sui contratti pubblici (ora A.N.A.C.) n. 10 del 22 dicembre 2010, il Fornitore, in caso di cessione dei crediti, si impegna a comunicare il/i CIG/CUP al cessionario, eventualmente anche nell'atto di cessione, affinché lo/gli stesso/i venga/no riportato/i sugli strumenti di pagamento utilizzati. Il cessionario è tenuto ad utilizzare conto/i corrente/i dedicato/i nonché ad anticipare i pagamenti alla Società mediante bonifico bancario o postale sul/i conto/i corrente/i dedicato/i del Fornitore medesimo riportando il CIG/CUP dallo stesso comunicato.

ART. 17 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 18 – RINUNCIA ALLA SURROGAZIONE

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surrogazione che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio.

ART. 19 – TRATTAMENTO DEI DATI

La Società dichiara di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente Contratto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (nel seguito anche "*Regolamento UE*"), circa il trattamento dei dati personali, conferiti per la sottoscrizione e l'esecuzione del Contratto stessa e di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti ai sensi della predetta normativa. Tale informativa è contenuta nell'ambito del Disciplinare di gara al paragrafo 25 che deve intendersi in quest'ambito integralmente trascritto.

La Contraente tratta i dati forniti dalla Società, ai fini della stipula del Contratto, per l'adempimento degli obblighi legali ad esso connessi, oltre che per la gestione ed esecuzione economica ed amministrativa del contratto stesso in adempimento di precisi obblighi di legge derivanti dalla normativa in materia di appalti e contrattualistica pubblica. Tutti i dati acquisiti dalla Contraente potranno essere trattati anche per fini di studio e statistici.

Con la sottoscrizione del Contratto, la Società, in persona del legale rappresentante pro-tempore o di procuratore in grado di impegnare sullo specifico tema l'azienda, acconsente espressamente al trattamento dei dati personali come sopra definito e si impegna ad adempiere agli obblighi di rilascio dell'informativa e di richiesta del consenso, ove necessario, nei confronti delle persone fisiche interessate di cui sono forniti dati personali nell'ambito dell'esecuzione del contratto, per le finalità descritte nel Disciplinare di gara e sopra richiamate.

La Società prende atto ed acconsente che la ragione sociale dell'operatore economico ed il prezzo di aggiudicazione siano pubblicati e diffusi tramite il sito internet della Contraente. Inoltre, le informazioni e i dati inerenti la partecipazione all'iniziativa di gara, nei limiti e in applicazione dei principi e delle disposizioni in materia di dati pubblici e riutilizzo delle informazioni del settore pubblico (D. Lgs. 36/2006 e artt. 52 e 68, comma 3, del D.Lgs. 82/2015), potranno essere utilizzati dalla Contraente, anche in forma aggregata, per essere messi a disposizione del Ministero dell'economia e delle finanze o di altre pubbliche amministrazioni, persone fisiche e giuridiche, anche come dati di tipo aperto in ragione della normativa sul riutilizzo dei dati pubblici. Oltre a quanto sopra, in adempimento agli obblighi di legge che impongono la trasparenza amministrativa (art. 1, comma 16, lett. b e comma 32 L. 190/2012; art. 35 D. Lgs. n. 33/2012; nonché art. 29 D. Lgs. n. 50/2016 s.m.i.), la Società prende atto ed acconsente a che i dati e/o la documentazione che la legge impone di pubblicare, siano pubblicati e diffusi tramite il sito internet della Contraente, nella sezione relativa alla trasparenza.

Con la sottoscrizione del contratto la Società si obbliga ad adottare le misure di sicurezza di natura fisica, logica, tecnica e organizzativa idonee a garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio, ivi comprese quelle specificate nel Contratto, unitamente ai suoi Allegati.

Resta fermo, in ogni caso, il rispetto, da parte della Società, della normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali.

ART. 20 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione, vale per il mondo intero, fermo restando che gli indennizzi saranno corrisposti in Italia in valuta Euro

ART. 21 – DISCIPLINA DELL'APPALTO

Costituiscono parte integrante e sostanziale della presente polizza tutti i documenti di gara relativi all'aggiudicazione del presente appalto, ancorché non allegati.

ART. 22 - INCOMPATIBILITÀ

La Società dichiara espressamente ed irrevocabilmente che la conclusione del contratto assicurativo avviene nel rispetto delle previsioni di cui all'articolo 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001. Qualora non risultasse conforme al vero la dichiarazione resa, la Società prende atto e accetta che si applicheranno le conseguenze previste dalla predetta normativa.

CONDIZIONI SPECIFICHE

La presente sezione è relativa all'assicurazione dei rischi (infortunio/spese di cura/morte/assistenza) dei Volontari appartenenti ad organizzazioni di volontariato di Protezione Civile, ivi inclusi i gruppi comunali di protezione civile, iscritti nell'elenco nazionale del Dipartimento della protezione civile di cui all'articolo 1 del DPR n. 194/2001, Medici, Infermieri e OSS attivati in ambito emergenziale, nonché alla componente volontaristica della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, nonché alle altre organizzazioni attivate ai sensi dell'art. 13 del medesimo DPR n. 194/2001, e della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 9 novembre 2012, pubblicata nella G.U. n. 27 del 1 febbraio 2013, impiegati dal Dipartimento della protezione civile in occasione di eventi di protezione civile di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di competenza statale ai sensi dell'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, per i quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza ai sensi dell'articolo 5 della medesima legge n. 225/1992, per i grandi eventi rientranti nella competenza del Dipartimento della protezione civile ai sensi dell'articolo 5-*bis* della legge 9 novembre 2001, n. 401, per gli interventi all'estero ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2005, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 152, nonché in attività di simulazione di emergenza e di formazione teorico-pratica in materia di protezione civile, compresa quella destinata ai cittadini, organizzate e coordinate dal Dipartimento della protezione civile.

ART. 1) TITOLO CHE DÀ DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

Ai fini dell'individuazione delle persone assicurate, si farà riferimento all'elenco nominativo messo a disposizione della Società da parte del Contraente, per il tramite del Broker.

ART. 2) DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA PER SINGOLO ASSICURATO

Il rapporto assicurativo e la relativa copertura per ogni singolo assicurato decorrono dalle ore 00,00 del giorno di inizio del servizio e terminano alle ore 24.00 del giorno in cui cessa il servizio, anche se posteriore alla data di scadenza prevista dal precedente art. 2 – Durata della convenzione.

Il contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone si farà riferimento ai dati in possesso dall'Amministrazione contraente, anche tramite evidenze informatiche, che la società ha possibilità, a semplice richiesta, di verificare e controllare in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in possesso del contraente, in ogni caso, il contraente ha l'obbligo di comunicare la lista delle persone assicurate ogni 90 giorni. In caso di attività che si protraggano per più di trenta giorni continuativi, l'invio potrà avvenire anche per tranches successive.

In caso di denuncia di sinistro la presenza dell'interessato dovrà essere verificata ed attestata specificamente in modo tempestivo su richiesta della Società, con comunicazione del Contraente che attesterà la presenza del volontario in servizio.

Il Contraente si impegna ad inviare alla Società, come da termini sopra riportati, per ogni nuovo contingente di volontari da assicurare, tramite il Broker incaricato, un file informatico contenente:

- i dati anagrafici degli assicurati;
- il luogo di destinazione del Servizio;
- la data di inizio del Servizio;
- la data di fine del Servizio.

Qualora l'evoluzione informatica della Banca dati del Contraente lo consenta, nel corso di vigenza della presente convenzione l'accesso alla visualizzazione dei dati anagrafici degli Assicurati avverrà direttamente da parte della Società, limitando così l'informazione preventiva da fornirsi alla Società medesima al:

- numero delle persone avviate;
- data di inizio;
- data di fine.

ART. 3) REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è regolato alla fine di ciascun trimestre, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo sulla base dei premi lordi indicati nella SCHEDA SVILUPPO PREMIO

Le differenze risultanti dagli atti di regolazione, devono essere pagate nei 60 giorni successivi al ricevimento, da parte del Contraente, del suddetto documento.

Trascorso tale termine senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento, la Società notificherà, per lettera raccomandata, la sospensione della copertura che riprenderà vigore dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio verrà effettuato.

Le parti si danno atto che l'avvenuto pagamento potrà essere comprovato dal Contraente mediante esibizione di copia dell'ordinativo speciale di pagamento tratto sulla Sezione di tesoreria provinciale dello Stato di Roma.

Resta fermo il diritto della Società ad agire per l'incasso del premio dovuto.

ART. 4) ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo con esclusione dei seguenti paesi:

- Iraq, Afghanistan, Somalia, Cecenia e Corea del Nord.

GARANZIA A) INFORTUNI

ART. 1) OGGETTO DEL RISCHIO

Premesso che per infortunio si intende un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, l'assicurazione vale per gli infortuni che gli assicurati possano subire nell'espletamento dell'attività di previsione, prevenzione e soccorso in vista o in occasione di eventi di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di competenza statale ai sensi dell'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché ad attività di formazione e addestramento, nella stessa materia.

Si precisa, altresì, che la garanzia per infortunio opererà anche quando i Volontari della Protezione Civile si trovano, in qualità di conducenti, alla guida di veicoli di proprietà sia degli Enti e degli organismi di utilizzazione, sia di loro proprietà che di terzi nell'espletamento dell'attività di cui sopra. Dette garanzie si intendono estese anche quando i volontari attendono ad eventuali riparazioni di fortuna effettuate durante la circolazione di detti veicoli.

La garanzia si intende prestata anche per il rischio "in itinere", durante il tragitto dimora/sede di servizio e viceversa, nel periodo ragionevolmente necessario per effettuare il percorso.

ART. 2) EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO - ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono considerati come infortuni anche:

- a) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi o punture di animali in genere;
- b) l'intossicazione di origine traumatica, l'avvelenamento o l'intossicazione avente origine non traumatica, derivante da punture di insetti e di aracnidi;
- c) l'annegamento, l'asfissia, l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo, gli sforzi muscolari traumatici (esclusi gli infarti);
- d) le alterazioni patologiche causate da avvelenamento del sangue e da infezione, sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa.

Sono inoltre compresi in garanzia:

- le conseguenze derivanti da influenze termiche e/o atmosferiche nonché da scariche elettriche o da contatto con corrosivi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione, assorbimento, inalazione od esposizione di sostanze tossiche, cancerogene o nocive in genere;
- le malattie infettive, comprese Epidemie e Pandemie ma esclusivamente in conseguenza di eventi emergenziali dichiarati con D.L. e se è stato versato il relativo premio aggiuntivo, contratte per

- contagio durante lo svolgimento delle attività di Protezione Civile, sono escluse: la malaria, le malattie tropicali e il carbonchio, salvo quanto diversamente previsto;
- gli infortuni derivati da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
 - gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi, nonché in stato di malore od incoscienza (purché non causati da abuso di alcolici, da uso di psicofarmaci assunti a scopo non terapeutico, da uso di allucinogeni e/o stupefacenti);
 - infortuni causati dalle forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, smottamenti, valanghe e slavine, fermo restando che per gli accadimenti di cui al presente punto, in ogni caso la società non corrisponderà complessivamente per evento somma superiore ad Euro 10.000.000,00.

Si precisa inoltre che la garanzia vale anche per gli infortuni qui di seguito indicati in via esemplificativa e non limitativa derivanti all'Assicurato:

- durante la guida e conduzione di autoveicoli, macchine operatrici, imbarcazioni o motocicli di qualsiasi cilindrata;
- durante le scalate di rocce e accesso ai ghiacciai di grado non superiore al terzo, estesa ai gradi superiori purché accompagnati da guida patentata;
- per imprudenza, negligenza o colpa grave, in stato di malore, incoscienza e vertigini;
- in occasione di rapine, attentati, sequestri, tumulti popolari, atti violenti od aggressioni in genere, con l'esclusione della partecipazione dell'Assicurato, al di fuori dei compiti di istituto o di quelli comunque affidatigli dal Dipartimento, agli eventi;
- azioni di dirottamento o di pirateria aerea;
- per le ernie addominali "traumatiche" con le limitazioni previste all'art. 20.

ART. 3) ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende gli infortuni derivanti da:

- a) uso e guida di mezzi di locomozione aerea o subacquea;
- b) abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni assunti volontariamente;
- c) azioni delittuose dell'assicurato;
- d) guerra e insurrezione, qualora l'assicurato ne abbia preso parte;
- e) trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche.

ART. 4) PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

Nel caso di infortunio, il pagamento dell'indennità sarà effettuato in Italia, in valuta Euro.

ART. 5) ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dal denunciare infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della polizza o che dovessero in seguito sopravvenire.

Se l'infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Si precisa che saranno, altresì, ammessi ad indennizzo gli infortuni subiti da portatori di handicap anche quando tali infortuni risultino riconducibili alle menomazioni psicofisiche di tali soggetti e sempre che gli infortuni si siano verificati durante l'attività prestata dall'Assicurato.

ART. 6) PERSONE NON ASSICURABILI

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

ART.7) CASO MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato, purché verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio stesso, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per infortunio, ma entro un anno dal giorno dell'evento indennizzabile a termini di polizza ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso Morte, ove questa sia maggiore.

ART. 8) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

In caso di Invalidità Permanente verificatasi entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida un indennizzo determinato secondo quanto qui di seguito stabilito:

A - CRITERI DI VALUTAZIONE. La valutazione del grado di invalidità è effettuata con riferimento alla tabella INAIL allegata al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche e integrazioni. L'indennizzo è liquidato in un'unica soluzione e senza applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge.

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

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato le prestazioni saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

B - CRITERI DI LIQUIDAZIONE. L'indennizzo per invalidità permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato.

Qualora il grado di invalidità permanente sia pari o superiore al 60% verrà corrisposto un indennizzo che corrisponderà al 100% del capitale assicurato (60=100).

C - ANTICIPO DI INDENNIZZO. Qualora risulti prevedibile che all'Assicurato residui un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 25%, la Società - quando richiesta - corrisponderà all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base alla previsione, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro.

ART. 9) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurazione vale anche per i casi di invalidità permanente conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e, comunque, non oltre 30 gg. dalla cessazione del servizio in qualità di volontario.

Nessun indennizzo spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%. Qualora l'invalidità accertata sia superiore, la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata in base alla tabella di seguito indicata:

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	0
26	2
27	4
28	6
29	8
30	10
31	12
32	14
33	16
34	18
35	20
36	22
37	24
38	26
39	28
40	30
41	32
42	34
43	36
44	38
45	40
46	42
47	44
48	46
49	48
50	50
51	53
52	56
53	59
54	62
55	65
56	68
57	71
58	74
59	77
60	80
61	83
62	86
63	89
64	92
65	95
66 ed oltre	100

La percentuale di invalidità permanente viene accertata non prima che sia trascorso un anno dalla data della denuncia.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive di Invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, purché questa non risulti causata o concausata da malattia preesistente alla data di effetto dell'assicurazione e comunque senza riguardo al maggior grado di invalidità complessiva che sia riconducibile a situazioni patologiche, infermità, mutilazioni o difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto.

ART. 10) ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO

La garanzia prestata con la polizza è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei che venissero da lui effettuati in qualità di passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.

Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri gestiti o organizzati da Aeroclubs, nonché gli infortuni e le lesioni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, o da insurrezioni.

La garanzia vale dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo del velivolo od elicottero e termina nel momento in cui ne è disceso.

Il totale delle somme garantite per infortuni aeronautici assicurati con la presente polizza o con altre polizze stipulate dagli stessi Assicurati è di:

PER PERSONA:	CASO MORTE	euro 1.032.914,00
	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE	euro 1.032.914,00
PER AEROMOBILE:	CASO MORTE	euro 7.746.853,49
	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE	euro 7.746.853,49

Nell'eventualità che le somme complessivamente assicurate eccedano gli importi sopra indicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro sono ridotti con imputazione proporzionale ai singoli contratti.

ART. 11) RISCHIO GUERRA

In deroga alle esclusioni, la garanzia della presente polizza è operante per gli infortuni derivanti da atti di guerra dichiarata e non dichiarata e da operazioni militari, insurrezioni e tumulti popolari, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se, ed in quanto, l'Assicurato risulti sorpreso dello scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Tale estensione di garanzia è operante nel mondo intero esclusi i paesi dell'Italia, dello Stato del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché dei seguenti paesi:

- Iraq, Afghanistan, Somalia, Cecenia e Corea del Nord.

Resta comunque convenuto che le indennità dovute in base alla presente polizza ed alle eventuali altre assicurazioni stipulate dallo stesso Contraente e da terzi in favore degli stessi Assicurati per il rischio guerra non potranno complessivamente superare l'importo di € **3.000.000,00 (Euro Tremilioni/00)**.

ART.12) MALATTIE TROPICALI

La garanzia si intende estesa alle malattie tropicali previste dalle disposizioni di legge in materia. La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni e con un massimo di **di € 350.000,00= (Euro Trecentocinquantamila/00) per il caso Morte e di € 300.000,00= (Euro Trecentomila/00)** per il caso di invalidità permanente. La somma assicurata per Invalidità permanente è soggetta ad una franchigia relativa del 20%. Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'Invalidità Permanente residuo.

La presente estensione di garanzia si intende valida purché l'assicurato si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi, antecedentemente all'attività svolta per il Dipartimento della Protezione Civile.

ART.13) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del C.C.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART.14) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di polizza, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. Perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

ART.15) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

Si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo pari al 2% (due per cento) della somma assicurata per invalidità permanente da infortunio;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo pari al 7% (sette per cento) della somma assicurata per invalidità permanente da infortunio;

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

ART. 16) DANNI ESTETICI

Si conviene che, in caso di infortunio non escluso dalle condizioni di Polizza, con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà, fino ad un massimo di € 3.000,00= (Euro tremila/00) 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.

ART. 17) CUMULO DI INDENNITA'

1. Se dopo il pagamento di una invalidità permanente, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'assicurato muore, la Società corrisponderà ai beneficiari destinatari o, in difetto, agli eredi dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà il rimborso in caso contrario.
2. 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 pagherà agli eredi dell'assicurato l'importo liquidato ed offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART.18 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza del massimale previsto nella sezione IV, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, dell'assistenza infermieristica, delle rette di degenza in ospedali e Istituti di cura pubblici e privati, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, trasporto in ambulanza in ospedale o casa di cura nonché delle spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

I ticket relativi a prestazioni indennizzabili a termini di polizza potranno essere rimborsati per l'intero importo. Nel caso di richieste di rimborso di soli ticket i cui importi risultino inferiori ad € 100,00= (Cento/00), il rimborso verrà effettuato, previa richiesta in unica soluzione, a fine anno assicurativo.

ART. 19 – DIARIA PER RICOVERO

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione IV fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 100 giorni per anno assicurativo, per ogni giorno di degenza, effettuato in Istituti di Cura autorizzati ad erogare l'assistenza ospedaliera in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

ART. 20 – INABILITA' TEMPORANEA

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 30 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente e diaria da ricovero.

La presente garanzia viene prestata con una franchigia temporale assoluta di 7 giorni.

ART. 21 – EVENTI EPIDEMICI/PANDEMICI

Qualora si verifichi un evento emergenziale di tipo Epidemico/Pandemico le garanzie indennitarie di cui alla relativa scheda si intendono automaticamente estese a tutte le categorie attivate dal Dipartimento della Protezione Civile.

Tale estensione, fermo l'automatismo di copertura, è soggetta a regolazione premio sulla base della formula riportata nella SCHEDA SVILUPPO PREMIO.

GARANZIA B) RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO

Si precisa che le garanzie sono operative per i Volontari esclusivamente mentre svolgono il Servizio al di fuori del territorio nazionale.

ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI

Volontario di Protezione Civile: il soggetto appartenente ad organizzazioni di volontariato di protezione civile, ivi inclusi i gruppi comunali di protezione civile, iscritti nell'elenco nazionale del Dipartimento della protezione civile di cui all'articolo 1 DPR n. 194/2001, alla componente volontaristica della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, nonché alle altre organizzazioni attivate ai sensi del l'art. 13 del medesimo DPR n. 194/2001, e della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 9 novembre 2012, pubblicata nella G.U. n. 27 del 1 febbraio 2013, impiegati dal Dipartimento della protezione civile in occasione di eventi di protezione civile di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di competenza statale ai sensi dell'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, per i quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza ai sensi dell'articolo 5 della medesima legge n. 225/1992, per gli interventi all'estero ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2005, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 152, nonché in attività di simulazione di emergenza e di formazione teorico-pratica in materia di protezione civile, compresa quella destinata ai cittadini, organizzate e coordinate dal Dipartimento della protezione civile.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE "SPESE DI CURA" A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- 1 La Società, nel limite del massimale annuo assicurato, indicato alla SEZIONE IV, salvo quanto previsto dai successivi commi 3 e 4 del presente articolo, rimborsa, per ogni sinistro, le spese documentate sostenute dall'Assicurato in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia occorse durante il periodo del servizio svolto ai sensi della legge 6 marzo 2001, n. 64, nonché del decreto legislativo n.77/2002 e s.m.i, per:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
 - rette di degenza;
 - trasporto in ambulanza.
- 2 Parimenti, la Società rimborsa, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico, le spese documentate sostenute per: esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico.
- 3 La Società rimborsa, inoltre, a seguito di infortunio o di malattia al di fuori del ricovero in istituto di cura o di intervento chirurgico ambulatoriale, le spese mediche e di cura, per visite specialistiche, per l'acquisto di medicinali, per esami radiografici, diagnostici, analisi, sostenute dall'Assicurato, fino al limite di € 1.000,00= (Euro mille/00), per ogni sinistro e per anno assicurativo. La presente garanzia viene prestata con una franchigia di € 100,00= (Euro Cento/00), per ogni sinistro.
- 4 Con riferimento alle spese di cui al primo comma del presente articolo, connesse a ricoveri e/o interventi chirurgici, la Società rimborsa l'Assicurato con esclusivo riferimento alle sotto indicate patologie nei limiti:

- del 20% della somma assicurata nei casi di ricovero per appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi, e aborto terapeutico;
 - del 10 % della somma assicurata nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.
- 5 Qualora l'Assicurato si avvalga delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

ART. 2 - DAY HOSPITAL

In caso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, la Società rimborsa le spese elencate all'art. 1, comma 1, esclusi gli esami e gli accertamenti diagnostici, con salvezza di quanto previsto dai successivi commi del predetto articolo.

ART. 3 - DECORRENZA DELLA GARANZIA, TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

- per gli infortuni e le malattie:
dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per l'aborto terapeutico:
dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, sempre che la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a tale data.

ART. 4 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi, insorti prima della stipulazione del contratto, nonché le malattie croniche e recidivanti;
- le malattie in atto al momento dell'entrata in servizio;
- l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere, nonché dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (per gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato l'assicurazione è, viceversa, operante);
- gli infortuni e le intossicazioni conseguenti abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni assunti volontariamente;
- l'aborto volontario non terapeutico;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
- le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 1 lettera A);
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da atti di terrorismo, ma solo come conseguenza dell'utilizzo di armi di distruzione di massa, nucleari, chimiche o biologiche.

ART. 5 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del

contratto, l'assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo.

In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Qualora il ricovero si protragga oltre 15 giorni, l'Assicurato può richiedere un anticipo sulla liquidazione fino ad un massimo del 50% delle spese effettivamente sostenute e documentate, previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'istituto di cura che attesti il ricovero, nonché la data del suo inizio e presumibile termine. L'anticipo delle spese può avere luogo qualora l'ammontare delle stesse al momento della richiesta sia non inferiore ad **€ 1.000,00= (Euro Mille/00)**.

Tale anticipo avverrà a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

I rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio italiano dei cambi.

GARANZIA C) ASSISTENZA

DEFINIZIONI INTEGRATIVE

Assistito:	Volontario di Protezione Civile: i soggetti appartenenti ad organizzazioni di volontariato di protezione civile, ivi inclusi i gruppi comunali di protezione civile, iscritti nell'elenco nazionale del Dipartimento della protezione civile di cui all'articolo 1 DPR n. 194/2001 alla componente volontaristica della Croce Rossa Italiana e del Corpo Nazionale del Soccorso Alpino e Speleologico, nonché alle altre organizzazioni attivate ai sensi del l'art. 13 del medesimo DPR n. 194/2001, e della Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 9 novembre 2012, pubblicata nella G.U. n. 27 del 1 febbraio 2013, impiegati dal Dipartimento della protezione civile in occasione di eventi di protezione civile di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, di competenza statale ai sensi dell'articolo 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, per i quali sia stato dichiarato lo stato di emergenza ai sensi dell'articolo 5 della medesima legge n. 225/1992, per gli interventi all'estero ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del decreto legge 31 maggio 2005, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 2005, n. 152, nonché in attività di simulazione di emergenza e di formazione teorico-pratica in materia di protezione civile, compresa quella destinata ai cittadini, organizzate e coordinate dal Dipartimento della protezione civile.
Evento:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'accordo e che determina la richiesta di assistenza dell'Assistito.
Familiare:	coniuge, convivente, figlio, fratello o sorella, genitore, suoceri dell'assicurato (purché risultante dallo stato di famiglia).
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Trasporto sanitario:	trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al più vicino centro medico.
Rimpatrio sanitario:	trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al proprio domicilio in Italia.
Biglietto di Viaggio:	biglietto ferroviario di 1° classe o aereo di classe turistica.
Residenza:	luogo in cui l'Assicurato risiede abitualmente ed ha stabilito la propria Residenza anagrafica (abitazione) purché situato in Italia.
Viaggio:	qualunque località ad oltre 20 Km dal comune di residenza dell'Assistito.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOGGETTI ASSICURATI

La Società assicura le prestazioni di assistenza, come di seguito indicato, a favore degli assicurati. Per soggetti assicurati ci si riferisce esclusivamente ai VOLONTARI in servizio all'ESTERO.

L'Assicurazione non è operante in tutti i casi in cui l'intervento non sia stato autorizzato dalla Centrale Operativa (o struttura equivalente della Compagnia assicuratrice).

ART. 2 - LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti per le prestazioni di assistenza qui di seguito riportate, si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assistito per una prestazione di assistenza, sempre che contemplata e preventivamente autorizzata dalla Società, saranno rimborsate, se dovute, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali).

ART. 3 - MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Contattando la Centrale Operativa della Società, l'Assistito dovrà fornire i seguenti dati: - nome e cognome, precisando la propria posizione di volontario all'Estero - recapito telefonico attuale; tipo di assistenza richiesta.

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste alla Compagnia assicuratrice (Specificare N. Verde o altro riferimento telefonico e numero fax della Centrale operativa o struttura equipollente) nel momento in cui accade l'evento che le rende necessarie e comunque non oltre i 5 (cinque) giorni successivi al loro verificarsi. Inoltre l'Assistito dovrà: - conservare le ricevute, le fatture, i certificati medici relativi ad eventuali esborsi effettuati e preventivamente autorizzati dalla Società; - in caso di infortunio o malattia, autorizzare per iscritto il medico a fornire notizie sul proprio stato di salute, nel rispetto della normativa sulla privacy.

ART. 4 - RESPONSABILITÀ

La Società non potrà in alcun caso essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle prestazioni di assistenza derivate dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza stessa e conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.

ART. 5 - CONDIZIONI PARTICOLARI

Le prestazioni di assistenza sono fornite fino a tre volte per ciascun tipo di prestazione e per ogni singolo assistito, entro il periodo di durata della presente convenzione.

ART. 6 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Le prestazioni di assistenza possono essere richieste da tutti gli Assicurati.

ART. 7 - CENTRALE OPERATIVA

(Articolo atto a descrivere l'organizzazione della Centrale Operativa, che riceve le chiamate degli Assistiti ed attiva le assistenze, posta a disposizione dalla Aggiudicataria, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, con eventuale specificazione di una rete esterna che effettua gli interventi sul posto)

ART. 8 - INFORMAZIONI SANITARIE

L'Assistito potrà richiedere alla **Centrale operativa (o struttura equivalente)** nelle fasce orarie e nei giorni specificati all'art.10: - indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti; - informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, Paesi UE ed extra UE.

ART. 9 - RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

In caso di infortunio o malattia all'Estero suscettibili di dover dar luogo ad interventi di carattere sanitario, l'Assistito potrà richiedere alla Centrale operativa, nelle fasce orarie e nelle giornate specificate all'art.10 della presente sezione, informazioni su Centri sanitari di alta specializzazione nel Paese estero ove l'Assistito presta servizio.

La Centrale medesima potrà, inoltre, attivarsi per la prenotazione di eventuali visite specialistiche, collaborando per l'individuazione di medici specialistici o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua o di altro genere. Detta Centrale potrà, a sua volta, richiedere all'Assistito la documentazione medica in suo possesso per poter fornire le informazioni richieste oppure, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con i suddetti centri.

ART. 10- FASCE DI OPERATIVITA' DEL SERVIZIO ASSISTENZA

(In questo Articolo saranno indicate le fasce orarie in cui è attivo il servizio a disposizione degli Assicurati, per acquisire informazioni sanitarie, per avviare la ricerca e la prenotazione di centri di alta specializzazione, ecc.)

Il Servizio dovrà essere attivo dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

ART. 11 - TRASFERIMENTO SANITARIO

Qualora l'Assistito, ricoverato presso un centro ospedaliero di uno Stato estero a seguito di infortunio o malattia, nei sessanta giorni che seguono la data dell'evento, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra il medico curante ed i medici eventualmente designati dalla Società, per una patologia non oggettivamente curabile nell'ambito delle strutture sanitarie del Paese in cui è avvenuto l'infortunio o insorta la malattia, la Centrale operativa (o struttura equivalente) provvederà ad organizzare e ad effettuare il trasferimento dell'Assistito tenendone a carico i costi, senza alcun limite di spesa, con i mezzi ritenuti adeguati dalla stessa Società, fino al centro ospedaliero italiano od europeo ritenuto più idoneo al caso e con l'accompagnamento medico o infermieristico, se necessario.

Il trasferimento sarà effettuato, a giudizio medico, con i seguenti mezzi: - l'ambulanza; - il treno (anche in vagone letto) - l'aereo di linea (anche barellato).

ART. 12 - CONSULTI TRA SPECIALISTI

Qualora le condizioni dell'Assistito, a seguito infortunio o malattia all'Estero, dopo esame del proprio specialista, richiedano un consulto, la Società, organizza il contatto tra lo specialista dell'Assistito e uno o più specialisti per la specifica patologia tenendo a proprio carico le spese per le parcelle (ad esclusione di quelle relative allo specialista contattato dall'Assistito) fino ad un massimo di € **1.500,00= (euro Millecinquecento/00)** per evento.

ART. 13 - CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE

In caso di infortunio o malattia dell'Assistito, la Società prende direttamente a carico, ove non rimborsabili dal servizio sanitario ove è accaduto l'evento, oppure rimborsa all'Assistito le spese farmaceutiche di primo soccorso sostenute dallo stesso nelle strutture ospedaliere pubbliche e/o private del Paese estero in cui si trova per motivi di servizio, fino ad un massimo di € **500,00= (Euro Cinquecento/00)** con una franchigia di € **30,00=(Euro trenta/00)**. Ogni eccedenza rispetto a tale limite massimo, resta a carico dell'Assistito.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

ART. 14 – INVIO DI UNA EQUIPE MEDICA

In conseguenza di infortunio o di malattia all'Estero, qualora le condizioni dell'Assistito, previe informazioni assunte dalla Centrale operativa, siano tali da richiedere, anche su istanza dei familiari dell'Assistito, un intervento, la Società provvederà all'invio di una equipe medica (fornita della attrezzatura sanitaria adatta) allo scopo di:

- fornire consulti specialistici sul posto ai medici curanti locali;
- collaborare con questi per somministrare le cure più appropriate e organizzare se necessario il rientro sanitario del paziente. Il tempo massimo di utilizzo dell'equipe, con costi a carico della Società, è di 4 giorni.

ART. 15 – RIENTRO SANITARIO

In caso di infortunio o di malattia all'estero dell'Assistito, la Società potrà organizzare il suo rientro, tenendone a carico i costi, con eventuale accompagnamento medico o infermieristico, utilizzando, secondo la gravità delle condizioni cliniche e sentito il parere dei medici curanti locali: - l'aereo di linea regolare (anche con sistemazione in barella); - il treno (anche in vagone letto); - l'ambulanza. In ogni caso la decisione sulle modalità e sui tempi da osservare per l'organizzazione e l'effettuazione del rimpatrio dell'Assistito è di esclusiva pertinenza dei medici della Società che provvederanno sempre ad informare il medico curante ed i familiari dell'Assistito stesso. Nel caso infine che, a giudizio del servizio medico della Società, le condizioni siano tali da rendere superflua una sorveglianza medica o infermieristica nel corso del rientro, ma giustifichino comunque la necessità di un accompagnatore, la Società medesima provvederà a far viaggiare sugli stessi mezzi di trasporto un familiare, purché già presente sul posto.

La presente garanzia è prestata **con un massimale di € 25.000,00= (Euro Venticinquemila/00)**.

ART. 16 – SEGNALAZIONE MEDICINALI ALL'ESTERO

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o di malattia all'Estero, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, la Centrale operativa (o struttura equivalente) provvederà a segnalare il medicinale equivalente nel rispetto delle norme locali.

ART. 17 – CONCORSO SPESE DI RICERCA E SALVATAGGIO

La Società si impegna a rimborsare le eventuali spese sostenute per le operazioni di ricerca e/o salvataggio, fino alla somma di **€ 15.000,00= (Euro Quindicimila/00)** per ogni Assistito, qualora lo stesso sia segnalato quale disperso nel Paese estero ove prestò servizio.

ART. 18 – RECAPITO MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o di una malattia improvvisa all'Estero, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Società provvederà all'inoltro di tali messaggi.

ART. 19 – TRASPORTO/RIMPATRIO SALMA

La Società organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assistito deceduto a seguito di infortunio o malattia all'Estero, sino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficienti per il trasporto e al trasporto stesso. Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre. Il massimale complessivo a carico della Società, per il trasporto della salma, è di **€ 15.000,00= (Euro Quindicimila/00)**.

ART. 20 – FAMILIARE AL SEGUITO

La Società metterà a disposizione di un familiare dell'Assistito, purché residente in Italia, un biglietto di andata e ritorno per consentire al familiare medesimo di far visita all'assistito che si trovi ricoverato in ospedale all'Estero, a seguito di infortunio o malattia, con una prognosi di degenza superiore a giorni cinque. Garanzia prestata con un massimale di **€ 15.000,00= (Euro Quindicimila/00)**.

ART. 21- ASSICURAZIONE BAGAGLIO

Qualora l'Assistito subisse danni materiali e diretti a causa di furto, furto con scasso, rapina, scippo, perdita, smarrimento, avaria del proprio bagaglio e/o dei propri effetti personali, compresi gli abiti indossati che aveva all'inizio del viaggio, la Società provvederà al risarcimento in base al valore degli stessi entro il massimale di **euro 520,00= (Euro Cinquecentoventi/00)**, con una franchigia di euro 50,00= (Euro Cinquanta/00). La garanzia è valida per viaggi effettuati in aereo, treno, bus o nave, dalla stazione di partenza di uno Stato estero a quella d'arrivo in Italia, e viceversa, alla conclusione del viaggio.

ART. 22 - ESCLUSIONI GENERALI

L'Assicurazione non è operante nei seguenti casi:

- a) eventi direttamente connessi allo stato di guerra dichiarata o non dichiarata;
- b) durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
- c) pratica del paracadutismo, del parapendio e degli sport aerei in genere;
- d) in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- e) sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
- f) stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- g) conseguenze dirette e indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI

1) SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI

Caso Morte	Euro 350.000,00=
Caso Invalidità Permanente	Euro 300.000,00=
Caso Invalidità Permanente da Malattia	Euro 150.000,00=
Rimborso spese mediche da infortunio	Euro 15.000,00=per evento
Diaria per ricovero	Euro 50,00=per giorno
Inabilità Temporanea	Euro 50,00
Rimborso spese mediche all'estero	Euro 50.000,00=persona/anno

2) INDENNITÀ FORFETTARIE RICONOSCIUTE IN CASO DI CONTAGIO PER EPIDEMIA E PANDEMIA DURANTE LE ATTIVITÀ DI PROTEZIONE CIVILE (Operanti Esclusivamente durante eventi emergenziali purché sia stato versato il relativo premio aggiuntivo)

Degenza in terapia intensiva	Euro 5.000,00 Importo Forfettario
Ricovero senza terapia intensiva	Euro 2.500,00 Importo Forfettario
Isolamento domiciliare	Euro 700,00 Importo Forfettario

Le indennità sopra elencate non sono cumulabili tra loro.

3) ASSISTENZA-SOMME ASSICURATE: COME PREVISTO NELLA RELATIVA SEZIONE

SCHEDA SVILUPPO PREMIO

Il premio minimo lordo, comunque acquisito, della presente polizza è pari ad € 40.000,00 sviluppato sulla base dei seguenti elementi variabili:

Infortunati Volontari

Elemento variabile:

N. Attivazioni Volontari

Premio Lordo Minimo comunque Acquisito per un numero minimo di 15.000 Volontari	€ 40.000,00
Premio Lordo di regolazione Giornata/Pro Capite Italia/Estero	€ giornata/uomo

Modalità Calcolo Regolazione Premio Art 21 Garanzia A) Eventi Epidemici / Pandemici

Il Premio aggiuntivo forfettario per ogni volontario e/o categoria interessata, per l'attivazione della garanzia di cui all'Art. 21 Garanzia A) sarà così calcolato:

$$I * PLG * 365 = Pr \text{ Epidemie/Pandemie}$$

Dove

$$I = 0,0684$$

PLG= Premio lordo uomo/giornata offerto dal concorrente

Pr Epidemie/Pandemie = Premio Lordo Forfettario pro-capite per le garanzie di cui all'art. 21 Garanzia A)

SCHEDA DI QUOTAZIONE

Fermo il premio minimo lordo comunque acquisito, pari ad € 40.000,00, il concorrente dovrà presentare la propria offerta esprimendo una percentuale di ribasso rispetto al premio lordo di regolazione giornata/uomo

a. Base D'asta - Euro 2,67 = (Euro due//67), per giorno/uomo

PERCENTUALE DI RIBASSO OFFERTA PER LE GARANZIE SOPRA RIPORTATE

_____ % (_____) Saranno accettate esclusivamente percentuali di ribasso senza decimali.