



MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
Direzione Generale per la Cooperazione allo
Sviluppo

Copertura assicurativa Infortuni, Invalidità permanente da malattia, Rimborso Spese Mediche ed Assistenza degli Esperti in missione, Cooperanti e Volontari e relativi familiari a carico, per la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo

Lotto 4 – Sub-lotto 4.a

C.I.G. 45210020E0

Periodo 01.01.2013 – 31.12.2015

Capitolato speciale

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE CUMULATIVA INFORTUNI, RIMBORSO SPESE MEDICHE ED
ASSISTENZA**

La presente polizza è stipulata tra

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI
Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
Piazzale della Farnesina, 1
00135 ROMA
C.F.....

e

Società Assicuratrice
Agenzia di

Durata del contratto

Dalle ore 00.00 del : 01/01/2013
Alle ore 24.00 del : 31/12/2015

Con scadenze dei periodi di assicurazione
successivi al primo fissati

Alle ore 24.00 di ogni 31.12

SOMMARIO

SEZIONE 1	DEFINIZIONI E DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE
Art.1	Definizioni
Art.2	Delimitazione dell'assicurazione
SEZIONE 2	NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE
Art.1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Art.2	Assicurazione presso diversi Assicuratori
Art.3	Durata del contratto
Art.4	Durata della copertura per ogni assicurato
Art.5	Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
Art.6	Regolazione del premio
Art.7	Recesso a seguito di sinistro
Art.8	Modifiche dell'assicurazione
Art.9	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società
Art.10	Oneri fiscali
Art.11	Foro competente
Art.12	Interpretazione del contratto
Art.13	Titolarità dei diritti nascenti dal contratto
Art.14	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio
Art.15	Coassicurazione e delega
Art.16	Clausola Broker
Art.17	Rinvio alle norme di legge
Art.18	Rilascio di certificati da parte della Società
SEZIONE 3	RISCHI COPERTI
Art.1	Oggetto dell'assicurazione infortuni
Art.2	Ernie da sforzo
Art.3	Oggetto dell'assicurazione malattia
Art.4	Malattie tropicali
Art.5	Esclusioni
Art.6	Garanzie accessorie
Art.7	Rischio aeronautico
Art.8	Rischio guerra
SEZIONE 4	ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE
Art.1	Delimitazione dell'assicurazione
Art.2	Massimali assicurati
Art.3	Prestazioni garantite
Art.4	Prestazioni escluse
SEZIONE 5	GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI
Art.1	Denuncia del sinistro e relativi obblighi
Art.2	Criteri di indennizzabilità
Art.3	Controversie
Art.4	Liquidazione dell'indennità
Art.5	Rinuncia all'azione di surroga
SEZIONE 6	ASSISTENZA
Art.1	Ambito di operatività
Art.2	Garanzie
SEZIONE 7	CATEGORIE ASSICURATI, MASSIMALI E CALCOLO DEL PREMIO
Art.1	Categorie assicurati e massimali

Art.2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione
Art.3	Riparto di coassicurazione
Art.4	Disposizione finale

SEZIONE 1 DEFINIZIONI E DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione;
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza.
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dalla Assicurazione
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Nucleo familiare	L'intero nucleo familiare composto dall'Assicurato e dai familiari al seguito a carico
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici;
Broker:	GPA S.p.A. quale mandatario incaricato dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico. Se la franchigia è assoluta il relativo ammontare rimane sempre a carico dell'Assicurato, se la franchigia è relativa una volta raggiunto superato l'ammontare fissato la Società liquiderà l'importo intero come se la franchigia non esistesse.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico. Se lo scoperto è assoluto il relativo ammontare rimane sempre a carico dell'Assicurato, se lo scoperto è relativo una volta raggiunto superato l'ammontare fissato la Società liquiderà l'importo intero come se lo scoperto non esistesse.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni 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 un'inabilità temporanea
Malattia:	Per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute che produce necessità di cure
Invalità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate
Day Hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno
Intervento chirurgico ambulatoriale	L'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento
Istituto di cura	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, in Italia o all'estero, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, autorizzati al ricovero - esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno - ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna

Atti di natura violenta :	Tutti i comportamenti commissivi od omissivi siano essi dolosi o colposi suscettibili di recare danno a persone o a cose quali, a titolo esemplificativo e non limitativo, tumulti popolari e sommosse, sabotaggi, azioni militari condotte sia da forze regolari che da forze irregolari o insurrezionali, guerre, ostilità, invasioni, rivoluzioni, insurrezioni, atti vandalici e dolosi in genere, terrorismo, rapine, estorsioni e reati contro persone e patrimonio.
NBC	Sostanze nucleari, biologiche e chimiche utilizzate come armi o come elementi lesivi in genere
Sostanze Biologiche :	Qualsiasi micro-organismo patogeno (causante malattia) e/o tossina prodotta biologicamente(inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che sia in grado di causare l'invalidità o la morte di persone o animali.
Sostanze nucleari :	Elementi, particelle, atomi o materiali derivanti da emissione, scarica, dispersione, liberazione o fuga di materiale radioattivo che emetta un livello di radiazioni tramite ionizzazione, fissione, fusione, scissione o stabilizzazione di detti elementi, particelle, atomi o materiali
Sostanze chimiche :	Qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, se opportunamente diffuso, sia in grado di causare l'invalidità o la morte di persone o animali
Rischio guerra :	Sinistri accaduti a causa esclusiva di conflitti armati, azioni militari condotte sia da forze regolari che da forze irregolari o insurrezionali, guerre, ostilità, invasioni, rivoluzioni, insurrezioni ed eventi bellici in genere.

Art. 2 – Delimitazione dell'assicurazione

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 7 della polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa ai sensi degli Artt. n.17 lettera b) e c), n.26 comma 7 n.27 nonché degli Artt. n.31 e n.32 della Legge 26.02.1987 n.49 e successive modificazioni ed integrazioni.

Per le categorie di assicurati identificati alla Sezione 6 il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

Sono ammessi al beneficio dell'assicurazione tutti indistintamente gli Assicurati a prescindere dalle loro condizioni di salute e da eventuali pregresse minorazioni fisiche o mutilazioni delle quali gli Assicurati stessi risultassero affetti all'atto della stipula del presente contratto o che dovessero in seguito sopravvenire, salvo quanto escluso per le singole garanzie alle rispettive Sezioni della presente polizza.

L'assicurazione non vale, fatto salvo patto speciale, per le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assicurati che raggiungano tale età nel corso di una missione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla data di scadenza della missione in servizio di cooperazione o del contratto di cooperazione anche se successiva alla scadenza della presente polizza convenzione ma non oltre il termine fissato all'art.4 della Sez.2 che segue.

La presente polizza ha validità nel mondo intero, e più in particolare :

1. in qualunque Paese del Mondo ove l'Assicurato svolge la propria missione in servizio per conto del Contraente, compresi i relativi viaggi sia di andata che di ritorno da / per l'Italia o paese di provenienza, nonché durante tutti i soggiorni, spostamenti e viaggi effettuati per lo svolgimento di tale attività e per il rientro in Italia o al paese di provenienza,
2. in qualunque Paese del Mondo, esclusa l'Italia o paese di provenienza, nel quale l'Assicurato trascorre eventuali periodi di ferie e/o congedo compresi nel periodo di validità del proprio periodo di copertura inclusi i relativi viaggi sia di andata che di ritorno da / per il Paese di cui al punto 1. che precede, Italia o paese di provenienza esclusi.

Rientrano altresì nel novero degli Assicurati :

- i pubblici dipendenti che siano inviati in missione all'estero dal Ministero degli Affari Esteri, specificatamente autorizzati dallo stesso ad essere garantiti con la presente polizza, che si assumano l'obbligo di pagare il premio dell'assicurazione che resta pertanto a loro esclusivo e totale carico.
- Persone dipendenti e non della Pubblica Amministrazione che siano inviati all'estero in missione sia per conto del Ministero degli Affari Esteri che per conto di altri Enti in relazione ad iniziative condivise ce/o organizzate di concerto con il Ministero degli Affari Esteri con costi a carico della Pubblica Amministrazione.

Per le persone sopra descritte si farà luogo a specifica presa d'atto della loro qualifica di Assicurato e della durata e destinazione della missione con apposita appendice nominativa da emettersi da parte della Società prima dell'inizio della copertura assicurativa.

Tale appendice, a parziale deroga delle norme di cui alla Sez.2, conterrà altresì il relativo conteggio del premio che dovrà essere corrisposto entro 90 giorni dalla data dell'appendice.

SEZIONE 2 NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e reticenti del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli art. 1892, 1893 e 1894 C.C..

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o 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 C.C.. La Società ha peraltro il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

A parziale deroga degli artt. 1892, 1893 e 1894 C.C, l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i danni che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

E' data facoltà al Contraente di non comunicare altre assicurazioni che avesse in corso o che stipulasse in futuro con altre imprese per gli stessi rischi assicurati con il presente contratto di assicurazione.

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future.

Gli Assicurati sono esentati dall'obbligo di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del Codice Civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute.

In tutti gli altri casi la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni tutte della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art.1910 del Codice Civile.

Art. 3 - Durata del contratto

Il contratto ha la durata indicata in frontespizio e cesserà irrevocabilmente alla scadenza del detto periodo. Tuttavia alle parti è concessa la facoltà di rescindere il contratto ad ogni scadenza annuale con lettera raccomandata o con P.E.C. da inviarsi 180 giorni prima della suddetta scadenza. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o P.E.C. da parte del ricevente.

In caso di recesso da parte della Società, la stessa sarà obbligata a rendersi contestualmente disponibile a recedere, alla stessa data, da tutti gli altri contratti affidati con la medesima procedura di gara della presente polizza e sarà facoltà del Contraente accettare o meno il recesso da tali altri contratti; in questo caso non si applicherà il termine dei 180 giorni di cui al comma precedente.

Inoltre é data facoltà al Contraente di recedere dal contratto, o da singole garanzie, senza preavviso anche a rinnovo annuale avvenuto qualora le disposizioni legislative presupposto del presente contratto vengano ad essere modificate oppure i fondi destinati al finanziamento del presente contratto non vengano stanziati o gli stanziamenti vengano ridotti dagli organi preposti ed in tal caso la Società non accettasse di proseguire il contratto riducendo i massimali proporzionalmente al minor introito di premio. Qualora tale recesso intervenisse dopo che il nuovo periodo assicurativo fosse iniziato ma il premio non fosse ancora stato versato rimane inteso che la Società non presterà alcuna copertura per tale periodo.

E' facoltà del Contraente richiedere alla Società, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la scadenza del contratto, una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova assicurazione. La Società, a fronte della corresponsione del relativo rateo di

premio, si impegna sin d'ora a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 180 giorni decorrenti dalla scadenza.

Art.4 -Durata della copertura per ogni assicurato

La copertura assicurativa di cui alla presente polizza per ogni singolo Assicurato ha inizio dal momento nel quale l'Assicurato lascia la propria dimora abituale o saltuaria per raggiungere i Paesi di destinazione ed ha termine nel momento nel quale l'Assicurato rientra presso la propria dimora al termine della missione in servizio di cooperazione o del contratto di cooperazione fra l'Assicurato stesso ed il Contraente o della Missione per conto del Contraente. Per gli Assicurati che al momento della decorrenza della presente polizza avessero già iniziato la propria missione in servizio di cooperazione o contratto di cooperazione, le garanzie prestate dalla presente polizza prendono effetto dalla data ed ora di decorrenza della stessa riportata in frontespizio al presente documento.

E' facoltà del Contraente richiedere ed ottenere che tutte le coperture assicurative prestate con la presente polizza abbiano validità fino alla scadenza della missione in servizio di cooperazione o del contratto di cooperazione tra l'Assicurato ed il Contraente, anche se tale missione e contratto, comprese le proroghe senza soluzione di continuità, dovesse eccedere la scadenza naturale, prorogata o anticipata della polizza, ma comunque fino ad un periodo massimo di 12 mesi da tale data, e sempreché venga corrisposto il relativo premio.

Art. 5 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

La presente polizza ha effetto dalla data ed ora indicate in frontespizio ma non é soggetta al pagamento di un premio anticipato da parte del Contraente sia per la prima annualità che per le annualità successive.

Le modalità di pagamento dei premi dovuti a fronte della presente polizza sono indicate al successivo art.6 "Regolazione del premio".

I premi devono essere pagati alla Direzione della Società o alla sede dell'Agenzia o al Broker alla quale é assegnata la polizza La Società riconosce che il pagamento dei premi fatto tramite il Broker è liberatorio per il Contraente; farà fede, ai fini della copertura assicurativa, la data di una comunicazione scritta del Broker alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio dovuti, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

E' data facoltà al Contraente di ottenere un'estensione per un massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni da richiedersi per iscritto in caso di non immediata disponibilità dei fondi in bilancio.

Ai fini dell'operatività delle garanzie assicurative per tutti i premi dovuti dal Contraente della presente polizza, si considera come data di avvenuto pagamento quella dell'atto che conferisce tale ordine alla Ragioneria del Contraente, a condizione che gli estremi dell'atto vengano comunicati per iscritto alla Società o al Broker, a mezzo raccomandata o telefax o posta elettronica e che il pagamento avvenga entro 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del documento stesso.

Qualora, a seguito delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente presso la società EQUITALIA SERVIZI SPA, ai sensi del Decreto n. 40/2008 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenziassero un inadempimento a carico della Società, la stessa si impegna comunque a ritenere il rischio di cui trattasi in copertura, dietro presentazione di copia del pagamento effettuato dal Contraente alla predetta società EQUITALIA SERVIZI SPA.

La Società è tenuta ad assolvere a tutti gli obblighi di tracciabilità previsti dalla legge n. 136/2010 ed s.m.i..

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

Art.6 – Regolazione del premio

Il Contraente si impegna a notificare alla Società, a mezzo di propri elenchi o tabulati, entro i 90 (novanta) giorni successivi alla fine di ciascun trimestre, i dati necessari affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio. In particolare il Contraente dovrà indicare analiticamente per ciascun Assicurato i seguenti dati :

- Nome, Cognome e Data di nascita dell'Assicurato (gg/mm/aa)
- Codice Fiscale
- Data di decorrenza della copertura assicurativa

- Data di scadenza della copertura assicurativa
- Paese e luogo di destinazione
- Descrizione dell'incarico – progetto
- Categoria di appartenenza
- Capitolo e Sottocapitolo di spesa

I premi risultanti dalla regolazione, relativi alla giornate di copertura effettivamente fruite nel corso del periodo di osservazione, devono essere pagati nei 90 (novanta) giorni successivi al ricevimento da parte del Contraente dell'apposita appendice, ritenuta corretta, di regolazione emessa dalla Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti od il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, dandone comunicazione scritta, trascorso il quale la garanzia, relativamente alla copertura assicurativa oggetto della mancata notifica trimestrale o mancato pagamento del premio, resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a trenta giorni, trascorso il quale, 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 necessari.

Art.7 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro che nel periodo assicurativo abbia comportato il pagamento di un indennizzo o il rifiuto del medesimo ma entro 60 giorni dalla data del pagamento o del rifiuto stessi, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata da parte del ricevente.

In caso di recesso da parte della Società, la stessa sarà obbligata a rendersi contestualmente disponibile a recedere, alla stessa data, da tutti gli altri contratti affidati con la medesima procedura di gara della presente polizza e sarà facoltà del Contraente accettare o meno il recesso da tali altri contratti; in questo caso non si applicherà il termine dei 180 giorni di cui al comma precedente.

In ambedue i casi di recesso la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Non é permesso il recesso se il rapporto sinistri pagati e riservati a premi imponibili relativi alla polizza dalla sua decorrenza al momento in cui si intende esercitare tale diritto sia inferiore al 50%.

Art.8 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art.9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con lettera raccomandata (anche a mano) od altro mezzo certo (telefax, PEC o simili) indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza.

Art.10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art.11 - Foro competente

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

Art. 12 - Interpretazione del contratto

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

Art.13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

E' data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art.14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società alle scadenze annuali, si impegna a fornire al Contraente il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- a) numero di repertorio del sinistro assegnato dalla Società;
- b) garanzia interessata (I.P. da Infortunio, I.P. da malattia, RSMO, ecc.)
- c) data di accadimento;
- d) nome dell'Assicurato;
- e) stato del sinistro (aperto, chiuso senza seguito, liquidato)
- f) importo a riserva o liquidato (al netto di eventuali spese di gestione)

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate.

Art. 15 - Coassicurazione e delega

L'assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto del premio; ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto. In caso di inadempienza di una delle Società partecipanti al rischio, la relativa quota verrà ripartita fra le rimanenti che avranno facoltà, una volta liquidata l'indennità, di rivalersi nei confronti della Società che non ha adempiuto ai propri obblighi.

Le imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega alla Società designata in frontespizio della presente polizza; di conseguenza, tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti alla presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria la quale provvederà ad informarle.

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

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

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

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

E' fatto obbligo alla Società di mantenere la copertura riassicurativa relativamente alla presente polizza per tutto il periodo della sua durata; tale riassicurazione, che dovrà operare a favore della Società, dovrà coprire una quota non inferiore al 60% (sessanta per cento) del capitale complessivamente assicurato per ogni singolo evento. La Società è obbligata, su richiesta del Contraente, a comunicare allo stesso la ragione sociale dei riassicuratori e le percentuali di rischio assunte da ciascuno di essi le quali dovranno rimanere invariate nel corso di ogni periodo assicurativo.

La Società si obbliga altresì a vincolare, allorché il credito sia divenuto liquido ed esigibile, l'indennità dovuta dai riassicuratori in caso di sinistro agli aventi diritto, i quali potranno agire, in caso di inerzia della Società, in via surrogatoria ai sensi dell'art.2900 C.C. nei confronti di detti riassicuratori per ottenere l'indennizzo.

La presente norma relativa alla riassicurazione non si applica alla Garanzia Assistenza di cui alla Sez.6. Per la medesima, la Società avrà facoltà di ricorrere a società specializzata esercitante lo specifico ramo assicurativo.

Art. 16 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato, ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005 ed a seguito di esperimento di apposita procedura di gara ad evidenza pubblica, la gestione del presente contratto alla Società di Brokeraggio assicurativo GPA SpA, con sede legale in Milano, Via Melchiorre Gioia 124, iscritta al RUI – Sezione B – con il n. 98643, Broker

incaricato ai sensi del D. Lgs. n. 209/2005.

Si conviene, a parziale deroga delle norme di assicurazione, che tutti i rapporti inerenti il presente contratto saranno svolti tramite la Società GPA SpA, e in particolare:

- Il Broker provvede alla gestione il contratto, per conto del Contraente, fino a che il suo incarico rimane in vigore. È pertanto fatto obbligo al Contraente di comunicare alla Società l'eventuale modifica dell'incarico al Broker.
- Qualora la Società intenda procedere, presso il Contraente, ad ispezioni o accertamenti inerenti il rapporto assicurativo dovrà darne comunicazione al Broker, con preavviso di almeno 15 giorni, affinché lo stesso possa, ove lo ritenga, essere presente.
- Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la cessazione dell'assicurazione che debbono necessariamente essere fatte direttamente dalle parti, agli effetti dei termini fissati dalle norme di assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderà come fatta dal Contraente. Parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.
- La Società provvederà alla emissione del contratto e delle eventuali successive appendici ed entro 30 giorni dalla loro data di effetto li farà avere al Broker. La Società provvederà anche all'emissione dei documenti di rinnovo relativi alle rate di premio successive e li farà pervenire, almeno 15 giorni prima della scadenza al Broker. Alla cura del Broker è affidato l'incasso ed il perfezionamento dei suddetti documenti.
- In caso di mancato perfezionamento e/o incasso il Broker provvederà a restituire alla Società i documenti entro 30 giorni dal termine contrattualmente previsto per il pagamento dei premi.
- La polizza e le eventuali successive appendici, dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.
- Il pagamento effettuato dalla Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.
- Il Broker invierà alla Società delegataria, a mezzo raccomandata, telefax o telegramma le relative comunicazioni d'incasso e la Società riterrà valida agli effetti della copertura assicurativa la data di spedizione risultante dal timbro postale o la data di invio del telefax. Tali comunicazioni d'incasso comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.
- I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.
- Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).
- La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della liquidazione. Al Broker dovranno essere corrisposte, ad esclusivo carico della/e delegataria/e e della/e eventuale/i compagnie coassicuratrici, le provvigioni nella misura del 1,00%

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

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

Art 18 - Rilascio di Certificati di assicurazione da parte della Società

La Società si impegna, a richiesta del Contraente, a rilasciare un Certificato di assicurazione per ciascun Assicurato riportante rischi e capitali assicurativi, effetto e scadenza delle singole coperture

SEZIONE 3 RISCHI COPERTI

Art.1 – Oggetto dell'assicurazione infortuni

L'assicurazione vale per gli infortuni, che abbiano come conseguenza la morte o un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea, che gli Assicurati subiscano sia durante le attività professionali che extra-professionali nel corso del proprio periodo di copertura.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze di qualsiasi tipo, ivi comprese le sostanze NBC;
- il soffocamento da ingestione di solidi;
- contatto con corrosivi;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali, da punture di insetti o di aracnidi o di vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) e le alterazioni patologiche conseguenti a infortunio indennizzabile a termine di polizza;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da o subiti direttamente o indirettamente in occasione di atti di natura violenta, vandalismi, attentati, sequestri ed aggressioni in genere a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da malore, incoscienza o colpi di sonno;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- gli infortuni causati da forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, inondazioni, frane, smottamenti, valanghe, slavine;
- l'arenamento, il naufragio, l'affondamento, la caduta di aeromobile od atterraggio forzato del mezzo di trasporto in zone nelle quali l'azione del clima, l'esposizione agli elementi della natura o altre situazioni concomitanti generino morte o lesioni organiche permanenti che non siano causa diretta dell'infortunio;
- le malattie croniche ed invalidanti o mortali conseguenti ad un infortunio rientrante in garanzia;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo e dirottamento;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;

Sono inoltre comprese in garanzia le conseguenze della Sindrome da Immunodeficienza acquisita (AIDS, HIV e malattie correlate) derivanti da infortunio e/o cure mediche in genere prestate a seguito di infortunio.

Art. 2 – Ernie da sforzo

Ai fini della garanzia di cui alla presente assicurazione, si considerano a tutti gli effetti quali infortuni garantiti le ernie da sforzo, anche se in presenza di concause patologiche, con l'intesa che:

- α) se l'ernia non fosse operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di invalidità permanente fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso stesso. In caso di contestazione circa l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico secondo la procedura stabilita oltre.

- β) se l'ernia risultasse operabile e dopo l'intervento residuasse una invalidità permanente, la stessa verrà indennizzata con i normali criteri previsti per i casi di invalidità permanente da infortunio entro un massimo del 5% della somma assicurata a tale titolo.

Questi massimi valgono anche se l'ernia è bilaterale.

Art. 3 – Oggetto dell'assicurazione malattia

L'assicurazione vale per le malattie, che abbiano come conseguenza un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea, che gli Assicurati contraggano nel corso del proprio periodo di copertura oppure contraggano a causa del servizio prestato nel corso del proprio periodo di copertura, sia durante le attività professionali che extra-professionali e che si manifesti nel corso di validità del proprio periodo di copertura oppure successivamente alla data di cessazione dello stesso o della cessazione della presente polizza ma non oltre 18 mesi dalla prima di tali date.

Essendo il presente contratto stipulato in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati ed identiche garanzie, sono escluse dalla presente polizza le malattie contratte in data precedente l'effetto della presente polizza, seppur insorte o manifestate durante il periodo di validità della presente polizza purché gli effetti delle stesse risultino coperti dal contratto sostituito; viceversa le stesse rientreranno nel presente contratto.

La presente garanzia non è soggetta ad alcun periodo di carenza.

Art. 4 – Malattie tropicali

Vengono parificate ad infortunio le malattie tropicali, quali ad esempio amebiasi, bilharziosi, dissenteria batterica, febbre ricorrente africana, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebrospinale epidemica, tifo, dermatifo, dengeu, colera, distomatosiso, febbre gialla, filariasi, lebbra, leionmuniesi, leptospirosi, malaria, malattie cutanee e micosi tipiche delle zone tropicali, peste, richettsiosi, sprue, vaiolo, infezioni miotiche, lambliasi, tripanosmiasi. nonché il tracoma e tutte quelle previste dalle disposizioni di legge in materia. La presente garanzia decorre dallo stesso giorno in cui ha effetto l'assicurazione Infortuni e viene prestate nei confronti di ciascun Assicurato per i soli casi di Invalidità Permanente e Inabilità Temporanea per i medesimi capitali assicurati per la garanzia Infortuni.

L'operatività della garanzia è subordinata alla condizione che la malattia sia contratta dall'Assicurato nel corso del proprio periodo di copertura, sia durante le attività professionali che extra-professionali e che si manifesti nel corso di validità del proprio periodo di copertura oppure nei 12 mesi successivi dalla data di cessazione dello stesso.

Art. 5 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione :

1. gli infortuni occorsi durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei;
2. gli infortuni e le malattie in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato ;
3. gli infortuni subiti sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente fatto salvo se dietro prescrizione medica;
4. gli infortuni conseguenti a stato di ubriachezza alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
5. gli infortuni e le malattie in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche fatto salvo quanto previsto dall'art.1 Sezione 3.
6. le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio e/o malattia.
7. le invalidità permanenti da malattia determinate da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti ed allucinogeni;
8. le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della presente polizza o alla decorrenza del proprio periodo di copertura di ciascun Assicurato, solo se conosciute, in quanto diagnosticate, dall'Assicurato medesimo.

Art. 6 – Garanzie accessorie

Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il

danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite indicato alla Sezione 7 della presente polizza per evento.

Inabilità Temporanea

Si considera inabilità temporanea l'incapacità dell'Assicurato ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni.

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile a termini della presente polizza che comporti una inabilità totale o parziale dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera indicata nella scheda della Sezione 7, fino al limite ivi stabilito per ogni giorno di inabilità. 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 proprie occupazioni.
- b) Al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie occupazioni.

In caso di infortunio l'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni a partite dal 16° giorno successivo a quello della malattia regolarmente denunciata o, in caso di ritardo, dal 16° giorno successivo a quello della denuncia.

In caso di malattia l'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni a partite dal 30° giorno successivo a quello della malattia regolarmente denunciata o, in caso di ritardo, dal 30° giorno successivo a quello della denuncia.

L'indennità cessa con il giorno della avvenuta guarigione risultante dal certificato medico; se però l'Assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico regolarmente inviato

La presente garanzia non potrà, in nessun caso, cumularsi con quella di Invalidità Permanente da infortunio o da Malattia.

Art.7 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei assicurati con la presente polizza ed effettuati in qualità di passeggero, con l'uso dei mezzi disponibili, compresi gli aeromobili (aerei ed elicotteri) anche non di traffico regolare.

Art. 8 – Rischio guerra

Premesso che le garanzie tutte della presente polizza si estendono al Rischio guerra, qualora le condizioni socio-politiche di singoli Paesi nei quali gli Assicurati vengano a trovarsi ad operare, subiscano, in corso di polizza, variazioni le cui cause, obiettivamente constatabili, non siano riconducibili alle Parti, l'assicurazione, su preavviso scritto della Società di almeno 120 giorni da inviarsi a mezzo lettera raccomandata AR., cesserà di avere efficacia per il solo paese indicato in tale comunicazione. Il computo dei 120 giorni decorrerà dalla data di ricezione da parte del Contraente di tale comunicazione.

In tale evenienza, la Società garantirà comunque al Contraente la copertura per il periodo suindicato ed entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborserà al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta di legge, relativa al periodo di rischio non corso. La Società dovrà proporre al Contraente delle nuove condizioni di premio riferite ad ogni singolo paese per il quale ha notificato il recesso dalla garanzia con un preavviso minimo nei confronti del Contraente di 60 giorni dalla scadenza della garanzia, al fine di mantenere valida la copertura assicurativa della presente garanzia "rischio guerra". Il computo dei 60 giorni decorrerà dalla data di ricezione da parte del Contraente di tale comunicazione.

SEZIONE 4 ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 1 - Delimitazione dell'assicurazione

La presente garanzia viene prestata per il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato a seguito di infortunio avvenuto o di malattia contratta e/o insorta durante il proprio periodo di copertura.

Art. 2 - Massimali assicurati

Il rimborso delle spese indennizzabili a termini di contratto avviene per ogni prestazione fino a concorrenza del relativo massimale assicurato. Tale massimale deve intendersi quale disponibilità unica, per sinistro e annualità assicurativa per Assicurato anche qualora l'Assicurato risultasse garantito per diversi periodi di copertura all'interno di una medesima annualità.

Art. 3- Prestazioni garantite

A) Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di Cura

La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato.

1. In caso di ricovero che comporti o meno intervento chirurgico o aborto terapeutico effettuato in istituto di cura o in regime di Day Hospital, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale oppure in caso di prestazioni di primo o pronto soccorso:
 - 1.1 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, comprese protesi o apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;
 - 1.2 prestazioni mediche ed infermieristiche, cure, esami ed accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
 - 1.3 rette di degenza,
 - 1.4 esami, accertamenti diagnostici, analisi, visite specialistiche, effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 gg. precedenti il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - 1.5 esami, medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (incluse le carrozzelle ortopediche), effettuate nei 120 gg. successivi alla data della dimissione del ricovero purché direttamente conseguenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
 - 1.6 prestazioni sanitarie durante il ricovero rese necessarie per il prelievo sul donatore di organi o parte di essi ivi compresi i relativi accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza. Sono altresì comprese le spese per il trasporto di organi o di parti di essi.
 - 1.7 nei casi di intervento chirurgico, vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato con il limite giornaliero di € 65,00.= e con un massimo di € 650,00.= per annualità assicurativa;
 - 1.8 per il trasporto dell'Assicurato all'Istituto o luogo di cura e viceversa con qualsiasi mezzo
 - 1.9 la garanzia di ricovero si intende estesa ed operante anche nel caso in cui la degenza avvenga in regime di Day Hospital; pertanto si precisa che nei casi di Day Hospital senza intervento chirurgico viene stabilito un massimale di € 50.000,00 per persona /annualità assicurativa.

Sono comunque escluse le prestazioni relative alle cure termali.

2. In caso di parto cesareo, non cesareo ed aborto spontaneo la Società rimborsa le spese per le prestazioni di cui ai punti 1.1, 1.2, 1.3 ed 1.4 fino a concorrenza del limite di di 5.000,00= per annualità assicurativa. In tale limite sono anche comprese le spese sostenute in gravidanza per controllo.

3. Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richiede il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente alla Società il rimborso dell'importo corrisposto a tale titolo entro il limite del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate. L'anticipo avverrà a condizione che non sorgano contestazioni sulla indennizzabilità a termini di contratto delle spese di ricovero e sia presentata dall'Assicurato certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Si precisa inoltre che qualora il ricovero abbia avuto inizio in data antecedente la data di scadenza della polizza o del termine del singolo periodo di copertura dell'Assicurato, la garanzia è operante anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione stessa sino alla data di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e del suo rientro al domicilio sia esso in Italia o nel paese d'origine.

La garanzia relativa alle prestazioni di cui alla lettera A) del presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma indicata alla Sezione 7 della presente polizza, da intendersi come disponibilità unica per sinistro/anno per Assicurato e, per gli Assicurati con familiari al seguito, per il relativo nucleo familiare. Nel caso in cui un familiare venga incluso nell'assicurazione in data successiva alla decorrenza del proprio periodo di copertura dell'Assicurato opera il massimale dell'annualità assicurativa in corso per il nucleo.

B) Prestazioni specialistiche ambulatoriali e domiciliari

La Società rimborsa, sempreché pertinenti alla malattia e/o infortunio previsti dalla presente sezione, le spese sostenute per :

- onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche;
- analisi, accertamenti diagnostici e di laboratorio;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure, assistenza medica ed infermieristica, apparecchiature ortopediche e sanitarie specializzate;
- cure dentarie e paradentarie rese necessarie da infortunio;
- spese farmaceutiche, incluse quelle relative alla profilassi ed alla vaccinazione non effettuabili in Italia prima dell'inizio della missione
- estrazioni e cure dentarie rese necessarie da malattia, escluse le spese relative alle protesi ed agli apparecchi ortodontici

La garanzia relativa alle prestazioni di cui alla lettera B) del presente articolo è prestata fino a concorrenza della somma indicata alla Sezione 7 della presente polizza, da intendersi come disponibilità unica per sinistro/anno per Assicurato e, per gli Assicurati con familiari al seguito, per il relativo nucleo familiare. Nel caso in cui un familiare venga incluso nell'assicurazione in data successiva alla decorrenza del proprio periodo di copertura dell'Assicurato opera il massimale dell'annualità assicurativa in corso per il nucleo.

C) Trasporto e Rientro sanitari

Sono comprese in garanzia le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato all'Istituto o luogo di cura e viceversa con qualsiasi mezzo. Sono altresì coperte le spese sostenute per il rientro in Italia dell'Assicurato anche a mezzo aereo sanitario, purché autorizzato dal Contraente, dovuto a grave situazione patologica, oppure ad inadeguatezza delle strutture sanitarie e/o ad insufficienza di competenza medico-specialistica riferite alla malattia o all'infortunio subiti, ma solo nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato a richiedere l'attivazione delle Prestazioni di Assistenza di cui alla Sezione 7. Sono rimborsabili anche le spese per il successivo viaggio di ritorno verso lo stesso Paese di destinazione.

Le spese di cui alla presente garanzia rientrano nel massimale previsto per le prestazioni di cui alla lettera A) del presente articolo.

Resta altresì convenuto tra le Parti che, per le sole categorie Cooperanti e Volontari, la garanzia è altresì operante, alle condizioni e limitazioni previste nella presente polizza, per le spese mediche sostenute dall'Assicurato in Italia anche in data successiva alla scadenza della polizza o del proprio periodo di copertura, purché connesse con gli infortuni e le malattie indennizzabili a termini di polizza, ma entro un periodo massimo di 12 mesi anche se questo risulti superiore alla scadenza della presente polizza. La copertura è operante per prestazioni e massimali previsti dalla presente polizza e, relativamente alla garanzia Ricoveri, fino ad un limite massimo di euro 45.000,00= da intendersi quale sottolimito al

massimale previsto all'art. 3, lettera A) e vale esclusivamente per le spese non riconosciute o non effettuabili dal Servizio Sanitario Nazionale e rimaste a carico dell'Assicurato. Saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società le spese sostenute in regime di libera professione intramuraria ed i ticket sanitari per le prestazioni garantite dal presente contratto, nei limiti del massimale garantito.

Si precisa che la garanzia per i familiari a carico ed al seguito cessa contestualmente alla cessazione della garanzia per l'Assicurato titolare.

Art. 4 - Prestazioni escluse

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- stato di gravidanza sostenute in data precedente la data di effetto della presente polizza o del singolo periodo di copertura;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, ad eccezione di quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da malattia o da infortunio;
- agopuntura non effettuata da un medico;
- cure dentarie, paradentarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto dall'art 3 lettera B;
- infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche fatto salvo se conseguenti ad atti di natura violenta.

SEZIONE 5 GESTIONE E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Art. 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 al broker o alla Società, entro il 30° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui 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.

In caso di insorgenza di malattia la denuncia dovrà essere indicare la patologia, dovrà essere corredata di certificato medico ed indirizzata al broker o alla Società, entro il 60° giorno lavorativo dalla sua insorgenza o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni e/o della patologia, 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.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive del fatto lesivo rientrante in garanzia che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio o la malattia possono avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio o della malattia, 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 o della malattia come se essi avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

A) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte da infortunio 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

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.

E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio o malattia.

B) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito del fatto lesivo rientrante in garanzia che ne abbia determinato la scomparsa, 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 fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

C) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio o la malattia hanno 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 o la malattia si è manifestata, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio o della manifestazione della malattia per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alle Tabelle allegate al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e s.m.i. (Settore Industria) comprese le norme relative alle Malattie Professionali, nonché alla

Tabella delle Menomazioni ivi contenute con rinuncia alle franchigie relative stabilite, con l'intesa che le percentuali indicate nelle Tabelle anzidette vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale di cui alla Sezione 7 della presente polizza.

Per gli Assicurati mancini si conviene che le percentuali per l'invalidità permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

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 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

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

D) SPESE MEDICHE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per ricoveri e/o cure a seguito di infortunio o di malattia, l'Assicurato dovrà presentare la relativa richiesta, di norma, entro 90 giorni dalla data in cui si è concluso il ciclo di cura.

La richiesta deve essere corredata da una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa, inclusa copia completa della cartella clinica, nonché dalle ricevute, fatture, notule e parcelle in originale, debitamente quietanzate. Le richieste di rimborso avanzate a seguito di infortunio devono possibilmente essere accompagnate da certificato di Pronto Soccorso o di analoga struttura o certificazione medica da cui risulti il danno subito.

La Società effettua il rimborso delle spese, a cura ultimata, entro 30 giorni dalla ricezione, in originale, della suddetta documentazione.

I rimborsi verranno eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia. Il rimborso viene corrisposto all'Assicurato ed avviene mediante accredito sul conto corrente bancario di pertinenza. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle ad un altro Ente per ottenere dallo stesso un rimborso, la Società ed effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule e parcelle delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento comprovante il rimborso effettuato dall'altro Ente

Qualora la Società metta a disposizione una propria rete di cliniche convenzionate la stessa provvederà ad anticipare tutte le spese e l'Assicurato non sarà tenuto a pagare alcun costo fino al raggiungimento del massimale di polizza per ciascuna garanzia.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di due medici, nominati uno per parte. In caso di disaccordo tra i due medici così nominati si procederà alla nomina di un terzo medico da parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio medico.

Il collegio medico si riunisce ove ha sede il Contraente se questi ha la gestione del sinistro ovvero ove ha la residenza in Italia l'Assicurato qualora la gestione del sinistro sia dallo stesso assunta.

L'Assicurato e la Società sostengono ciascuno le proprie spese e remunereranno il medico da essi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro

30 gg dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte dell'Assicurato
L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

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

SEZIONE 6 ASSISTENZA

Art. 1 – Ambito di operatività

Tutte le prestazioni di Assistenza di seguito riepilogate non sono dovute per sinistri le cui cause sono escluse o non rimborsabili dalla presente polizza fatto salvo il caso morte dovuto a qualsiasi ragione.

In caso di sinistro l'Assicurato, per ottenere immediatamente assistenza, deve prendere contatto con la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Art. 2 – Garanzie

A) Consulenza Medica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una valutazione del proprio stato di salute può contattare i medici della Centrale Operativa e chiedere un consulto telefonico.

B) Informazioni sulla Degenza

Qualora l'Assicurato si ricoveri presso un istituto di cura, i medici della Centrale Operativa provvedono a tenere costantemente aggiornati i familiari relativamente alle condizioni di salute dello stesso, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

C) Segnalazione di un Medico Specialista all'Estero

Qualora l'Assicurato, successivamente ad una Consulenza Medica (di cui alla precedente lettera A), necessiti di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnala, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

D) Invio di un'Equipe Medica all'Estero

Qualora, in seguito ad infortunio o malattia, le condizioni dell'Assicurato accertate tramite contatti diretti con i Medici della Centrale Operativa siano tali da rendere necessario l'invio di un'equipe medica, la Centrale Operativa provvede ad inviare la stessa fornita dell'attrezzatura sanitaria adatta alla patologia del caso allo scopo di:

- fornire consulti specialistici sul posto ai medici curanti locali;
- collaborare con questi ultimi per somministrare le cure più appropriate;
- organizzare, se necessario, il trasferimento sanitario dell'Assicurato.

La presente prestazioni è garantita fino ad € 10.000,00 per Assicurato e per annualità assicurativa. Il tempo massimo di utilizzo dell'equipe è di 4 giorni.

Sono escluse dalla prestazione di cui al presente paragrafo le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Centrale Operativa possono essere curate sul posto.

E) Rimpatrio Sanitario

Qualora, in seguito ad infortunio, malattia, grave situazione sanitaria o epidemie nel paese di missione l'Assicurato necessitasse, a giudizio dei medici della Centrale Operativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un Istituto di cura attrezzato in Italia o del rientro alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà, senza alcuna spesa a carico dell'Assicurato, ad organizzare il rientro anche di eventuale accompagnatore con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Centrale Operativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto. Tali mezzi possono essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Centrale Operativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Centrale Operativa la ritengano necessaria.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possono essere curate adeguatamente nella sede di servizio;
- le malattie infettive, nel solo caso di violazione degli obblighi e dei limiti derivanti dalle norme della profilassi internazionale;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivano volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Alle condizioni di cui sopra la Centrale Operativa provvederà altresì ad organizzare, senza alcuna spesa a carico dell'Assicurato, il trasferimento dell'Assicurato fino al più vicino Istituto di cura attrezzato anche nei casi in cui

l'Assicurato, dimesso dall' Istituto di cura in cui era stato ricoverato, necessita di rientrare in altro Istituto di cura attrezzato.

F) Invio di Medicinali Urgenti all'Estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessitasse di specialità medicinali regolarmente registrate in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dai medici della Centrale Operativa, quest'ultima provvede al loro invio. La spedizione verrà effettuata, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

Sono esclusi dalla prestazione:

- l'invio di specialità medicinali non registrate in Italia;
- i costi dei medicinali stessi.

C) Interprete all'estero

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura ed avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. Tale prestazione sarà fornita fino ad un massimo di 8 ore,

H) Decesso all'estero

In caso di decesso all'estero dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia tenendo a proprio carico le relative spese incluse in tale importo anche le spese sostenute per il viaggio dell'eventuale familiare accompagnatore del feretro

I) Viaggio di un familiare all'estero

Nei casi in cui, in conseguenza di infortunio o malattia, l'Assicurato necessita di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa tenendo a proprio carico le spese metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno

L) Assistenza a familiari minori o non autosufficienti

Nel caso in cui, a seguito di malattia o infortunio dell'Assicurato, i familiari minori o non autosufficienti a seguito dell'Assicurato non fossero adeguatamente accuditi da un familiare o tutore adulto nel paese di residenza per un periodo presumibilmente superiore a 5 giorni la Centrale Operativa organizzerà :

- Il viaggio di un familiare adulto dall'Italia al Paese ove si trovano i familiari minori o non autosufficienti oppure
- Il rientro in Italia dei familiari minori o non autosufficienti

Le spese relative al viaggio (un biglietto aereo in classe economica o ferroviario di prima classe di andata e ritorno) del familiare adulto sono a carico della Centrale Operativa

SEZIONE 7 CATEGORIE ASSICURATI, MASSIMALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie assicurati e massimali

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate, e per le garanzie e massimali specifici della singola categoria con l'applicazione di franchigie e scoperti così come previsti.

La Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo di 24 ore da calcolarsi dal momento dell'accadimento del primo sinistro non corrisponderà somma superiore a €.10.000.000,00.=.

Art.1.1 Categoria A - Esperti

Personale inviato all'estero in missione ai sensi dell'Art 17 lettera b) e c), dell'Art 26 comma 7 e dell'Art. 27 della Legge 26.02.1987 n. 49; le persone appartenenti alla presente Categoria vengono identificate nella presente polizza con il termine "Esperti".

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Invalidità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno
Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.1.2 Categoria B - Cooperanti

Personale così come definito all'art. 32 della Legge n. 49 del 26.02.1987, modificato dalle Leggi nn. 288/91 e 426/96, che abbia stipulato un contratto con una Organizzazione non Governativa (O.N.G.) registrato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo; le persone appartenenti alla presente Categoria vengono identificate nella presente polizza con il termine "Cooperanti".

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Invalidità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno
Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.1.3 Categoria C – Familiari a carico dei Cooperanti

Familiari al seguito che siano a carico dei Cooperanti

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Invalidità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Invalidità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno

Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.1.4 Categoria D - Volontari

Personale così come definito all'art 31 della Legge n 49 del 26.02.1987, modificato dalle Leggi n. 288/91 e 426/96, che abbia stipulato un contratto con una Organizzazione non Governativa (O.N.G.) registrato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo; le persone appartenenti alla presente Categoria vengono identificate nella presente polizza con il termine "Volontari".

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Inabilità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno
Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.1.5 – Categoria E – Familiari a carico dei Volontari

Familiari al seguito che siano a carico dei Volontari

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Inabilità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno
Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.1.6 Categoria F

Pubblici dipendenti ad adesione volontaria ed altro personale in missione per conto del Ministero degli Affari Esteri o partecipante a missioni condivise dal Ministero degli Affari Esteri

Garanzia	Massimale	Franchigie e/o scoperti
Caso Morte da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da infortunio	€.1.000.000,00	Nessuno
Caso Inabilità Permanente da malattia	€.1.000.000,00	Relativa 25%
Caso Inabilità Permanente da malattia tropicale	€.1.000.000,00	Relativa 15%
Danni estetici	€.5.000,00	Nessuno
Inabilità temporanea da infortunio o malattia	€.100,00/giorno	15 / 30 giorni
Prestazioni connesse a ricoveri presso Istituti di cura (limite annuo)	€.260.000,00	Nessuno
Prestazioni specialistiche ambulatoriali/domiciliari (limite annuo)	€.5.000,00	Nessuno

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente verserà il premio convenuto applicando per singola categoria i premi pro-capite sottoriportati.

Al termine di ogni trimestre la Società calcola il premio dovuto sulla base delle variazioni comunicate dal Contraente in sede di regolazione, il cui pagamento verrà effettuato ai sensi dell'art.6 Sezione 2 della presente polizza.

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa in base al numero degli assicurati ed alla durata delle missioni (giornate), la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per la Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di qualsiasi altro dato variabile.

Categoria	Tipo dato variabile	Garanzia Infortuni Premio imponibile pro-capite applicato	Garanzia Rimborso Spese Mediche Premio imponibile pro-capite applicato	Garanzia Assistenza Premio imponibile pro-capite applicato
Art.1.1 Categoria A	Numero giornate /assicurato	,00		,00
Art.1.2 Categoria B	Numero giornate /assicurato	,00		,00
Art.1.3 Categoria C	Numero giornate /assicurato	,00		,00
Art.1.4 Categoria D	Numero giornate /assicurato	,00		,00
Art.1.5 Categoria E	Numero giornate /assicurato	,00		,00
Art.1.6 Categoria F	Numero giornate /assicurato	,00		,00
TOTALE				

Art.3 – Riparto di coassicurazione

Il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate :

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art.4 – Disposizione finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le presenti norme dattiloscritte.

La firma apposta dalla Contraente su moduli a stampa forniti dalla Società Assicuratrice vale solo quale presa d'atto del premio e della ripartizione del rischio tra le Società partecipanti alla coassicurazione.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ