

*Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento della Protezione Civile*



**CAPITOLATO**

**POLIZZA CUMULATIVA INFORTUNI VOLONTARI**

Lotto n. 2  
CIG. ZA528B696B

**Contratto per l'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, 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 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.**

## **SOMMARIO**

**PREMESSA**

**DEFINIZIONI**

**OGGETTO DELLA CONVENZIONE**

**GESTIONE DELLA CONVENZIONE**

**Titolo che dà diritto all'assicurazione**

**Durata della convenzione**

**Denuncia dei sinistri**

**Foro competente-clausola arbitrale**

**Determinazione del premio**

**Recesso dal contratto**

**Clausola broker**

**Titoli comuni a tutte le sezioni**

**Sezione I- Infortuni**

**Sezione II- Rimborso spese per prestazioni sanitarie**

**Sezione III- Assistenza**

**Sezione IV- Capitali/massimali assicurati**

**Sezione V- Premio unitario**

**Sezione VI- Eventuale riparto di Coassicurazione**

## DEFINIZIONI TERMINOLOGIA

<b>Assicurato:</b>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
<b>Volontario di Protezione Civile:</b>	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 m. 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.
<b>Beneficiario:</b>	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
<b>Società:</b>	l'Impresa assicuratrice;
<b>Contraente:</b>	Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Protezione Civile - Via Ulpiano 11 – 00195 Roma;
<b>Broker:</b>	In Più Broker S.r.l.;
<b>Franchigia:</b>	l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo;
<b>Massimale:</b>	la massima esposizione della Società per ogni sinistro;
<b>Scoperto:</b>	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;
<b>Indennizzo/Risarcimento:</b>	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
<b>Infortunio:</b>	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;

<b>Day Hospital:</b>	ricovero a regime diurno che comporta la cartella clinica;
<b>Intervento Chirurgico:</b>	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;
<b>Istituto di cura:</b>	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;
<b>Malattia:</b>	alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
<b>Ricovero:</b>	degenza comportante il pernottamento in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria;
<b>Polizza:</b>	il documento che attesta l'assicurazione;
<b>Premio:</b>	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
<b>Rischio:</b>	la probabilità che si verifichi il sinistro;
<b>Sinistro:</b>	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
<b>Invalidità permanente:</b>	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

## **OGGETTO DEL CONTRATTO**

Tra la **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile** e la Spettabile in seguito denominata **Società**, viene stipulato il seguente contratto aperto per le garanzie contro gli **INFORTUNI, SPESE DI CURA e l'ASSISTENZA** a favore e per conto:

- della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile;
- dei volontari di protezione civile 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 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.

**Le garanzie di cui sopra saranno valide ed operative esclusivamente per eventi verificatisi nel corso delle attività di volontario.**

### **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, anche per il tramite del Broker.

### **ART. 2) DURATA DEL CONTRATTO**

Il contratto di assicurazione decorre dalle ore 24:00 del 30/09/2019 e termina alle ore 24:00 del 30/09/2020, e non è previsto il tacito rinnovo. Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto di 180 (centoottanta) giorni dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto.

In tale ipotesi, il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato sulla base di 1/360 del premio annuale della polizza appena scaduta per ogni giorno di copertura.

### **ART. 3) DENUNCIA DEI SINISTRI**

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata, a cura dell'Assicurato, alla Sede della In Più Broker S.r.l. – Via dei Baullari, 24 - 00186 Roma, entro 30 (trenta) giorni dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, in deroga a quanto stabilito dagli articoli 1913 e 1915 del Codice Civile.

### **ART. 4) FORO COMPETENTE ESCLUSIVO**

Per ogni controversia che dovesse insorgere fra le parti della presente Convenzione inerenti l'interpretazione e/o l'esecuzione e/o lo scioglimento della presente Convenzione sarà competente l'autorità Giudiziaria di Roma.

### **ART. 5) DETERMINAZIONE DEL PREMIO**

Il premio lordo unitario si intende stabilito secondo quanto previsto nell'offerta economica che fa parte integrante della presente.

## **CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI**

### **ART. 1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO**

#### **Art. 1.1- Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Variazioni del rischio**

Qualora nel corso del contratto si verificano variazioni che modificano il rischio, la Società può richiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Nel caso in cui l'Assicurato non accetti le nuove condizioni, la Società, nei termini di 30 (trenta) giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha diritto di recedere dal contratto, con preavviso di 60 (sessanta) giorni. Se la variazione implica diminuzione di rischio, il premio è ridotto in proporzione a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dall'Assicurato.

L'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Resta inteso che l'Assicurato avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

#### **Art. 1.2- Revisione dei prezzi e delle clausole contrattuali**

Per i contratti di durata poliennale, qualora si intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione, da comunicare all'Amministrazione. L'assicuratore può segnalare all'Amministrazione il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'art. 1.1 e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016 la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali assicurati.

L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controrisposta di revisione.

In casi di disaccordo tra le parti si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

#### **Art. 1.3- Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893 comma 1 del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso dell'Assicuratore potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi all'Amministrazione nei tre mesi successive al giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza delle dichiarazioni o la reticenza secondo la procedura di cui agli art. 1.1 e 1.2 bis e con decorrenza del termine di 30 giorni dalla ricezione della citata dichiarazione.

### **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 entro 180 giorni dalla fine dell'attività. 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.

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) CONTEGGIO E PAGAMENTO DEL PREMIO**

Il premio anticipato annuo comunque acquisito, pari a € xxxxxxxx= (Euro xxxxxxxx/00), di cui imposte € \_\_\_\_\_ per infortuni e € \_\_\_\_\_ per assistenza \_\_\_\_\_, sarà detratto dal premio dovuto, in sede di emissione della appendice di regolazione premio relativa al primo semestre dell'annualità assicurativa, secondo quanto stabilito dal successivo art. 4 – regolazione del Premio

A parziale deroga dell'art. 1901 C.C., il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio e delle successive entro 60 giorni dal ricevimento della polizza, fermo restando l'effetto dell'operatività della copertura dalla data di decorrenza indicata in polizza, operatività che altrimenti avrà effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi per le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 codice civile).

I premi dovranno essere pagati alla Direzione della Società per il tramite del Broker incaricato.

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.

### **ART. 4) REGOLAZIONE DEL PREMIO**

Il premio è regolato alla fine di ciascun semestre, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

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. 5) ESTENSIONE TERRITORIALE**

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

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

### **ART. 6) ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio. In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, ai sensi dell'art. 1910, codice civile.

## **ART. 7) ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

## **ART. 8) DICHIARAZIONE DELLA SOCIETÀ**

La Società dichiara di avere preso conoscenza di ogni circostanza che influisca sulla valutazione del rischio.

## **ART. 9) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per quanto non regolato dalla presente polizza valgono le norme di legge.

## **ART.10) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO**

In caso di eventuali dubbi di interpretazione sui contenuti delle clausole contrattuali, le stesse saranno interpretate in senso favorevole al Contraente/Assicurato.

## **ART.11) CLAUSOLA RECESSO**

In caso di mancato accordo tra le parti, ai sensi dell'art. 1.2, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione, Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.

La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui all'art. 18 bis, presentata dall'Assicuratore, ovvero nei casi del medesimo articolo, entro 30 giorni dalla ricezione della controproposta dell'Amministrazione.

Qualora alla data di effetto del recesso, l'Amministrazione non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima, l'Assicuratore si impegna a prorogare l'Assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 giorni, L'amministrazione contestualmente provvedere a corrispondere il relativo premio.

## **ART.12) CLAUSOLA BROKER**

Il Contraente incarica In Più Broker Srl della gestione ed esecuzione della presente polizza per tutta la durata, proroghe, rinnovi e/o sostituzioni.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

## **ART.13) COASSICURAZIONE E DELEGA (Clausola opzionale)**

L'Assicurazione è ripartita per quote tra le Società indicate nel riparto allegato. Resta confermato che, in caso di sinistro, ognuna delle Coassicuratrici concorrerà al pagamento dell'indennizzo in proporzione alla quota da essa assicurata, esclusa ogni responsabilità solidale.

La Compagnia assicuratrice, ai fini del presente contratto designata Coassicuratrice delegataria, dichiara di aver ricevuto mandato dalle coassicuratrici indicate nel riparto a firmare gli atti sopraindicati anche in loro nome e per conto e ciò vale anche per il presente contratto.

Pertanto, le comunicazioni alla polizza (ivi comprese le comunicazioni relative al recesso) devono trasmettersi dall'una all'altra parte solo per il tramite della Società: la cui firma in calce ad eventuale futuri atti impegnerà anche le coassicuratrici che, in forza della presente clausola, ne conferiscono mandato.

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato ad un raggruppamento temporaneo d'impresa, si deroga totalmente al disposto di cui all'art.1911 codice civile, essendo tutte le Compagnie che costituiscono l'RTI responsabili in solido.

La delega assicurativa è assunta dalla Compagnia assicuratrice indicata dal raggruppamento di imprese quale mandataria.

Non è consentita l'associazione anche in partecipazione od il raggruppamento temporaneo d'impresa concomitante o successivo all'aggiudicazione della gara a seguito della quale il presente contratto viene formalizzato.

## SEZIONE I) INFORTUNI

### 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 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.

### ART. 2) 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. 3) 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 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 purchè 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. 4) 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. 5) PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ**

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

#### **ART. 6) 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. 7) 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 paranoidei; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

#### **ART. 8) DENUNCIA DI SINISTRO**

La denuncia del sinistro deve essere presentata, per iscritto, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dal momento dell'infortunio, e comunque non oltre il quindicesimo giorno dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata da originale di certificato medico circostanziato di diagnosi, prognosi, terapia ed accertamenti prescritti; ovvero, in caso di ricovero, da copia della cartella clinica, o, in caso di sinistro all'estero, da documentazione equiparabile. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e sottoporsi agli eventuali accertamenti, indagini e controlli da parte di

medici incaricati dalla Società, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del codice civile).

Ricevuta la necessaria documentazione, la Società, determinato l'indennizzo che risulti dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia, in Euro.

#### **ART. 9) CONTROVERSIE**

Le divergenze tra Assicurato da un lato e Società dall'altro, riguardanti il grado di invalidità permanente nonché l'applicazione dei criteri di indennizzabilità possono essere, di comune accordo tra le parti (Assicurato e Società), demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte dall'Assicurato e dalla Società ed il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il collegio dei medici. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti (Assicurato e Società) sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal collegio stesso, nel qual caso il collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

#### **ART.10) 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. 11) 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. 12) 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. 13) DIRITTO DI SURROGA**

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

### **ART. 14) 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:

<b>PER PERSONA:</b>	<b>CASO MORTE</b>	<b>euro 1.032.914,00</b>
	<b>CASO INVALIDITÀ PERMANENTE</b>	<b>euro 1.032.914,00</b>
<b>PER AEROMOBILE:</b>	<b>CASO MORTE</b>	<b>euro 7.746.853,49</b>
	<b>CASO INVALIDITÀ PERMANENTE</b>	<b>euro 7.746.853,49</b>

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. 15) 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.16) VARIAZIONE DEL RISCHIO E BUONA FEDE**

A parziale deroga, si conviene che l'omissione della dichiarazione da parte dell'Assicurato e/o del Contraente di una circostanza aggravante del rischio, come le incomplete ed inesatte dichiarazioni all'atto della stipulazione della polizza e durante il corso della medesima, non pregiudicano il diritto al

risarcimento dei danni, sempre che tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute in buona fede e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionale al maggior rischio che ne deriva.

#### **ART.17) 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.18) 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.19) 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.20) 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. 21) 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. 22) 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.23) 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 rese 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. 24) – 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. 25) – 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.

## SEZIONE II- RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO

Si precisa che le garanzie previste dalla presente Sezione 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 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.

### 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 - DENUNCIA DI SINISTRO**

In caso di sinistro, la denuncia del sinistro deve essere presentata per iscritto entro 30 (trenta) giorni lavorativi da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza e comunque non oltre il quindicesimo giorno dal momento in cui l'Assicurato medesimo ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve essere corredata da certificazione medica. L'Assicurato deve fornire ogni informazione e sottoporsi agli eventuali accertamenti, indagini e controlli da parte di medici incaricati dalla Società, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno curato e visitato. L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 del Codice Civile).

#### **ART. 7 - 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.

#### **ART. 8 - CONTROVERSIE**

Arbitrato irrituale. In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, l'Assicurato da un lato e la Società dall'altro possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti (Assicurato e Società) sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

## SEZIONE III ASSISTENZA

### DEFINIZIONI INTEGRATIVE

<b>Assistito:</b>	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.
<b>Evento:</b>	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'accordo e che determina la richiesta di assistenza dell'Assistito.
<b>Familiare:</b>	coniuge, convivente, figlio, fratello o sorella, genitore, suoceri dell'assicurato (purché risultante dallo stato di famiglia).
<b>Infortunio:</b>	evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Trasporto sanitario:</b>	trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al più vicino centro medico.
<b>Rimpatrio sanitario:</b>	trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al proprio domicilio in Italia.
<b>Biglietto di Viaggio:</b>	biglietto ferroviario di 1° classe o aereo di classe turistica.
<b>Residenza:</b>	luogo in cui l'Assicurato risiede abitualmente ed ha stabilito la propria Residenza anagrafica (abitazione) purché situato in Italia.
<b>Viaggio:</b>	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, avviando 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 OPERATIVITÀ 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 giustificino 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= (EuroVenticinquemila/00).

#### **ART. 16 – INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO**

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o di malattia all'Estero, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, non reperibili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Centrale operativa

(o struttura equivalente) provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Società terrà a suo carico le sole spese di spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assistito. In alternativa la Centrale operativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

#### **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.

### **SEZIONE IV – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI**

#### **SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI**

Caso Morte

**Euro 350.000,00= per persona**

Caso Invalidità Permanente	<b>Euro 300.000,00= per persona</b>
Caso Invalidità Permanente da malattia	<b>Euro 150.000,00= per persona</b>
Rimborso spese mediche da infortunio	<b>Euro 15.000,00= per evento</b>
Diaria per ricovero	<b>Euro 50,00= per giorno</b>
Inabilità Temporanea	<b>Euro 50,00= per giorno</b>
Rimborso spese mediche all'estero	<b>Euro 50.000,00= per persona e per anno assicurativo</b>

**ASSISTENZA-SOMME ASSICURATE: COME PREVISTO NELLA SEZIONE III**

**SEZIONE V PREMIO LORDO UNITARIO PER ASSICURATO/GIORNO**

- Euro xx = ( Euro xx     ), per giorno,
- Euro xx = ( Euro xx     ), per giorno all'estero,

---

**SEZIONE VI – EVENTUALE RIPARTO DI COASSICURAZIONE**

Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento della Protezione Civile