



Presidenza del Consiglio dei Ministri
UFFICIO NAZIONALE PER IL SERVIZIO CIVILE

Contratto per l'affidamento del servizio assicurativo a favore dei volontari in servizio civile stipulato con Ace European Group Limited a seguito di gara europea

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA (Estratto)

Procedura aperta indetta dall'UNSC, ai sensi dell' art. 55, comma 5 del Codice degli appalti, per l'affidamento di un Servizio di Assicurazione. Detto servizio concerne la copertura dei rischi inerenti l'impiego dei volontari del Servizio Civile Nazionale, sia in Italia che all'estero, impegnati in specifici progetti di utilità sociale.

Aggiudicazione al prezzo più basso, ai sensi dell'art. 82 del Codice degli appalti.

CODICE CIG: 045.806.13E4

La Convenzione-contratto è identificata, a fini amministrativi e fiscali, dai seguenti numeri di polizza:

- n°. 010451450S..... INFORTUNI
- n°. 010451451S..... MALATTIA
- n°.010451450C.....RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI
- n°.010451452S..... ASSISTENZA

CONTRAENTE: Presidenza del Consiglio dei Ministri- Ufficio Nazionale per il Servizio Civile

**CODICE FISCALE
DEL CONTRAENTE : 97.315.390.589**

EFFETTO: ore 24 del giorno 07 luglio 2010

SCADENZA: ore 24 del giorno 07 luglio 2012

Emessa in 3 esemplari
Roma,

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

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- Responsabilità civile verso terzi

Sezione IV- Assistenza

Sezione V- Capitali/massimali assicurati

Sezione VI- Premio annuo unitario lordo

Sezione VII- Eventuale riparto di coassicurazione

DEFINIZIONI

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Volontario del servizio civile nazionale:	il soggetto, di età compresa tra i 18 e i 28 anni, che presta servizio su base volontaria e retribuita con le modalità e nelle forme previste dalla legislazione sul servizio civile nazionale nell'ambito dei progetti gestiti da Enti e/o associazioni accreditate presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;
Beneficiario:	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
Società:	l'Impresa assicuratrice;
Contraente:	Presidenza del Consiglio dei Ministri-Ufficio Nazionale per il Servizio Civile - Via San Martino della Battaglia, 6 – 00185 Roma;
Broker:	il soggetto che assisterà l'Ufficio nazionale per il servizio civile nella gestione delle polizze;
Franchigia:	l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo;
Massimale:	la massima esposizione della Società per ogni sinistro;
Scoperto:	l'importo da calcolarsi in misura percentuale sul danno, che per ciascun sinistro liquidato a termini di polizza, viene dedotto dall'indennizzo. Detto importo rimane a carico dell'Assicurato che non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farlo assicurare da altri;
Indennizzo/Risarcimento:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente o la necessità di cure mediche;
Day Hospital:	ricovero a regime diurno che comporta la cartella clinica;
Intervento Chirurgico:	atto medico, praticato in Istituto di cura od ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti, ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si ritiene equiparata ad intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;
Istituto di cura:	l'ospedale, la clinica universitaria, la clinica privata, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti

Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie, al ricovero di malati e all'erogazione di assistenza ospedaliera;

- Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- Ricovero:** degenza comportante il pernottamento in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria;
- Polizza:** il documento che attesta l'assicurazione;
- Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- Rischio:** la probabilità che si verifichi il sinistro;
- Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
- Invalidità permanente:** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
- Volontario del servizio civile regionale:** il soggetto che presta servizio su base volontaria e retribuita con le modalità e nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, per una durata compresa, di norma, tra i dieci e i dodici mesi.

OGGETTO DELLA CONVENZIONE

Tra la **Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ufficio Nazionale per il Servizio Civile** e la Spettabile ACE EUROPEAN GROUP LIMITED in seguito denominata **Società**, viene stipulata la seguente Convenzione multirischi per le garanzie relative agli INFORTUNI, alle SPESE DI CURA, alla RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI, e all'ASSISTENZA a favore e per conto:

- della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ufficio Nazionale per il Servizio Civile;
- dei volontari impiegati in progetti di servizio civile, in Italia ed all'Estero, realizzati dagli Enti, dagli organismi e dalle associazioni accreditate presso l'Albo nazionale tenuto dall'Ufficio nazionale per il servizio civile, ovvero presso gli Albi regionali.

Servizio Civile Regionale

Si precisa che le condizioni normative ed economiche di cui alla presente convenzione-contratto, previste nella sezione I (infortuni) e nella sezione III (responsabilità civile verso terzi) devono intendersi applicabili anche ai soggetti impiegati in progetti di servizio civile regionale con le modalità e nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, qualora le Regioni, o per esse gli Enti d'impiego dei predetti volontari, intendano aderire alle presente convenzione.

I settori d'impiego dei volontari del servizio civile regionale coincidono con quelli previsti per il servizio civile nazionale. A titolo esemplificativo e non limitativo tali settori sono:

- assistenza e servizio sociale;
- valorizzazione del patrimonio artistico;
- economia solidale;
- promozione ed organizzazione di attività educative;
- educazione alla pratica sportiva;
- difesa ecologica.

Resta inteso che il rapporto che scaturisce a seguito dell'adesione volontaria dei predetti enti pubblici (regioni e province autonome) che abbiano inteso avvalersi dei servizi assicurativi convenzionati deve intendersi intercorrente in via esclusiva tra la Società e la Regione/Provincia/Ente d'impiego.

L'attivazione delle coperture avverrà per il tramite del Broker incaricato, attraverso l'emissione di specifica polizza (d'identico contenuto normativo con riferimento alle predette sezioni I e III del presente capitolato) ed il premio complessivamente dovuto alla Compagnia assicuratrice sarà calcolato volta per volta, moltiplicando il premio unitario annuo (identico a quello di aggiudicazione della gara) per il numero di soggetti da assicurare.

Si precisa, infine, che eventuali elementi caratterizzanti la natura dell'attività svolta e /o le caratteristiche degli assicurati stessi che rendano il Servizio Civile Regionale sostanzialmente differente dal Servizio Civile Nazionale dovranno essere valutati caso per caso.

GESTIONE DELLA CONVENZIONE

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 DELLA CONVENZIONE

La presente Convenzione viene stipulata per la durata di MESI VENTIQUATTRO , con inizio dalle 24.00 del 7 Luglio 2010 e termina alle ore 24.00 del 7 luglio 2012.

Alla scadenza la convenzione medesima cesserà di produrre effetti senza obbligo di disdetta. L'Ufficio nazionale per il servizio civile ha tuttavia facoltà, entro tre mesi prima della scadenza, di richiederne il rinnovo, per un periodo di mesi 12.

ART. 3) DENUNCIA DEI SINISTRI

La denuncia del sinistro dovrà essere inviata, a cura dell'Assicurato, alla Sede del Broker che sarà individuato dall'Ufficio nazionale per il servizio civile, entro 30 (trenta) giorni lavorativi dall'evento e comunque non oltre il quindicesimo giorno 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 - CLAUSOLA ARBITRALE

Le controversie che dovessero insorgere fra le parti della presente Convenzione -escluse quelle non deferibili ad arbitri- inerenti l'interpretazione, l'esecuzione o lo scioglimento della presente Convenzione potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale, composto da tre membri, nominati uno da ciascuna delle parti in contesa e il terzo, con funzioni di Presidente del Collegio, dai membri nominati dalle parti stesse, ovvero, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di Roma, il quale nominerà anche l'arbitro della parte che non vi avesse provveduto nel termine di giorni venti dalla richiesta fattale dall'altra parte, per lettera raccomandata con avviso di ricevimento.

Il Collegio dovrà decidere, disponendo anche in ordine alle spese, nel termine di 60 giorni dalla sua costituzione, in via rituale e secondo diritto con libertà di procedura, ma sempre nel rispetto del principio del contraddittorio.

La sede del Collegio sarà Roma.

ART. 5) DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo lordo unitario si intende stabilito secondo quanto previsto nella successiva Sezione VI PREMIO ANNUO UNITARIO.

ART. 6) RECESSO DAL CONTRATTO

La Società non può recedere dalla convenzione se non al termine della stessa come previsto dall'art. 2) DURATA DELLA CONVENZIONE.

ART. 7) CLAUSOLA BROKER

Il contraente dichiara di aver affidato la gestione e l'esecuzione della presente convenzione al Broker assicurativo incaricato ai sensi del nuovo Codice delle assicurazioni private (decreto legislativo n. 209/2005), sino alla scadenza del contratto di brokeraggio. (Omissis)

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente convenzione, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assicurato tramite il Broker si intenderà come fatta dal Contraente/Assicurato stesso.

IL CONTRAENTE

LA SOCIETA'

TITOLI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

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

1.1- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

1.2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di 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 (art. 1898 C.C.).

1.3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 2) DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA

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 tale giorno è posteriore alla data di scadenza prevista dal precedente art. 2 – Durata della convenzione.**

Il Contraente si impegna ad inviare alla Società, per ogni nuovo contingente di giovani 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 civile;
- la data di fine del Servizio civile.

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 al Servizio;
- data di inizio del Servizio;
- data di fine del Servizio.

ART. 3) CONTEGGIO E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio totale anticipato annuo, pari a € 50.000,00= (Euro cinquantamila/00), di cui imposte € _____ per R.C.T/RCO, € _____ per infortuni e € _____ per assistenza _____, sarà detratto dal premio dovuto, in sede di emissione della appendice di regolazione premio relativa all'ultimo trimestre 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 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 potranno essere pagati alla Direzione della Società, anche 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 trimestre, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo.

Casi Particolari

Caso A) Riflessi, sulla determinazione del premio, degli abbandoni verificatisi nei primi tre mesi di servizio civile

Premesso che l'attività di servizio civile ha una durata di mesi dodici, qualora i volontari cessino anticipatamente il proprio servizio civile rispetto alla data di fine servizio prevista (dimissioni, interruzioni e rinunce intervenute non oltre i tre mesi dall'inizio del servizio civile), alla Società sarà comunque dovuto un premio pari a tre mesi di copertura.

Caso B) Riflessi, sulla determinazione del premio, dei cosiddetti "subentri"

Nel caso in cui vengano effettuati dei subentri di volontari rispetto a quelli che hanno abbandonato il servizio, il premio annuo pro-capite previsto per il volontario subentrante verrà compensato con quello già versato o da versare per il volontario che ha abbandonato il servizio.

Ai fini di quanto previsto alle precedenti lettere A) e B), entro i quindici giorni successivi alla fine di ciascun trimestre l'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile provvederà a comunicare al Broker incaricato l'eventuale presenza di rinuncia anticipata.

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 l'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.

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 del 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 Convenzione 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) COASSICURAZIONE E DELEGA (Clausola eventuale)

(Omissis)

SEZIONE I) INFORTUNI

ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI

-VOLONTARI del servizio civile in servizio in Italia ed all'estero.

-VOLONTARI dei servizi civili selezionati nell'ambito degli ordinamenti settoriali di Regioni e Province autonome.

Si precisa che per i volontari all'estero la garanzia deve intendersi operante 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il volontario si trova all'estero.

ART. 2) OGGETTO DEL RISCHIO

1. Premesso che per infortunio s'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 del servizio civile svolto ai sensi della legge 6 marzo 2001 n. 64, del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77 e delle successive disposizioni integrative e attuative.

2. Si precisa, altresì, che la garanzia per infortunio opererà anche quando i Volontari del servizio civile si trovano, in qualità di conducenti, alla guida di veicoli di proprietà sia degli Enti sia degli organismi di utilizzazione, nell'espletamento del servizio civile di cui sopra. Detta garanzia si intende estesa anche quando i volontari attendono ad eventuali riparazioni di fortuna effettuate durante la circolazione di detti veicoli.

3. 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.

4. Si precisa che nei casi in cui il volontario subisca l'infortunio in occasione di incidente automobilistico in qualità di passeggero i capitali assicurati per le diverse garanzie devono intendersi dimezzati, in quanto il volontario percepisce un risarcimento dalla copertura assicurativa obbligatoria per la circolazione (R.C. auto).

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 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);
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni, alluvioni, frane, valanghe e slavine.

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;
- 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'indennizzo 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 stipula delle polizze 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 di servizio civile 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.

L'Assicurato dovrà inviare, al momento della denuncia, specifica attestazione dell'Ente di impiego che accerti che il volontario si trovava in servizio al momento dell'infortunio; il mancato invio di tale attestazione preclude il diritto all'indennizzo il quale può avvenire soltanto nel caso in cui si verifichi un infortunio in servizio.

La denuncia deve inoltre 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

Ferma la competenza giurisdizionale del Giudice Ordinario, prevista ai sensi di legge, 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.

La valutazione del grado di invalidità è effettuata con riferimento alla "Tabella lesioni" (pag. 14 e ss.), alla quale verrà applicato il massimale di riferimento senza l'applicazione di alcuna franchigia.

Precisazioni

Per "Frattura" s'intende una soluzione di continuità dell'osso, parziale o totale, prodotta da una causa violenta fortuita ed esterna.

Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Fratture e infrazioni sono equiparate ai fini dell'indennizzo.

Le fratture che, per estensione, interessano parte di epifisi e parte di diafisi, verranno indennizzate per un solo segmento (quello più favorevole all'Assicurato). Fratture polifocali o comminute, del medesimo segmento osseo, non determineranno né una duplicazione, né una maggiorazione dell'indennizzo indicato.

Le fratture "scomposte" determineranno una maggiorazione del 20% sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture esposte determineranno una maggiorazione del 50%, salvo le fratture biossee di avambraccio e di arti inferiori, espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.

I casi assicurati relativi alle "amputazioni" si riferiscono esclusivamente alle perdite anatomiche complete ed ogni diversa menomazione anatomo- funzionale non corrispondente a tale parametro non sarà presa in considerazione ai fini dell'indennizzo.

Per "Lussazione" s'intende la perdita completa dei reciproci rapporti degli estremi ossei di una articolazione, per causa violenta fortuita ed esterna.

Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di giorni sessanta dall'evento, tetraplegia o paraplegia, l'indennizzo previsto per la lesione sarà venti volte superiore a quanto indicato nella relativa tabella di riferimento, **ma comunque nel limite del massimale dei capitali assicurati di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 250.000,00= per assicurato)**. Per i casi di lesioni legamentose, l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito d'intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

Per rottura dei denti s'intende la perdita di almeno un terzo del tessuto duro di dente deciduo (sono escluse le lesioni del tessuto paradentale e dei denti molli), per l'accertamento del caso è richiesta la documentazione radiologica.

Per i casi in cui si verifichi uno stato di coma post-traumatico, insorto entro e non oltre 15 giorni dall'evento che ne abbia determinato la causa, l'assicurato avrà diritto ad un indennizzo pari a due volte la cifra a lui spettante in tabella/lesioni a seguito di " frattura dell'osso frontale o occipitale o parietale o temporale o linee di frattura interessanti tra loro tali ossa".

In presenza di frattura cranica, l'indennizzo dovuto a seguito di stato di coma post-traumatico risulta cumulabile con le fratture indennizzate in tabella lesioni, **ma comunque nel limite del massimale dei capitali assicurati di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 250.000,00= per assicurato)**.

L'indennizzo verrà corrisposto previa presentazione di copia conforme della cartella clinica.

Per "Ustioni" s'intendono le bruciature dovute al contatto esterno con corpi solidi o con fiamme, ovvero scottature dovute al contatto esterno con liquidi (esclusi vapori o gas sovra riscaldati) di intensità non inferiore al secondo grado con formazione di bolle (flittene) o gore documentate fotograficamente comportanti almeno un pernottamento all'ospedale. Per "Ustioni" s'intendono, inoltre, bruciature o scottature nei termini precedentemente riportati se riscontrate a complemento di una lesione compresa nella tabella/lesioni allegata, in questi casi sarà applicata la maggiorazione del 30% sulla somma prevista per la lesione, anche in assenza del pernottamento in ospedale, **fermo restando, in ogni caso il predetto massimale dei capitali assicurati di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 250.000,00= per assicurato)**.

Qualora la lesione subita non dovesse risultare contemplata dalla tabella che segue, per la valutazione del grado di invalidità permanente si farà riferimento alla tabella allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e successive modifiche e integrazioni, senza applicazione della franchigia relativa prevista.

L'indennizzo è liquidato in una unica soluzione ed in ogni caso non potrà superare il sopra indicato massimale.

TIPOLOGIA DI LESIONE	Percentuale
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	

CRANIO	
FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	7,00%
FRATTURA SFENOIDE	5,00%
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	4,00%
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	7,00%
FRATTURA ETMOIDE	3,00%
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	2,00%
FRATTURA OSSA NASALI	2,50%
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	4,00%
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	5,00%
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	8,00%
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
DISTORSIONE RACHIDE CERVICALE	1,00%
FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	6,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I-VERTEBRA	10,00%
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	4,00%
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
TRATTO LOMBARE	

FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	8,00%
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	2,00%
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	4,00%

COCCIGE	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	4,00%
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	3,00%
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	6,00%
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	4,00%
FRATTURA STERNO	2,00%
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	0,50%
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	1,50%
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	3,00%
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	6,00%
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	10,00%
ARTO SUPERIORE (DX o Sn)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	3,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	6,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	6,00%
AVAMBRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O	4,00%

CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	4,00%
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	2,00%
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	4,00%
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	4,00%
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	5,00%
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%
FRATTURA SEMILUNARE	3,00%
FRATTURA PIRAMIDALE	2,00%
FRATTURA PISIFORME	1,00%
FRATTURA TRAPEZIO	2,00%
FRATTURA TRAPEZOIDE	2,00%
FRATTURA CAPITATO	2,00%
FRATTURA UNCINATO	2,00%
FRATTURA I° METACARPALE	6,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	3,00%
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	4,00%
FRATTURA SCAFOIDE	5,00%

FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	4,00%
INDICE	3,00%
MEDIO	3,00%
ANULARE	2,00%
MIGNOLO	3,00%
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	3,00%
INDICE	2,50%
MEDIO	2,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%

FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	2,00%
MEDIO	1,00%
ANULARE	1,00%
MIGNOLO	2,00%
ARTO INFERIORE(DX o Sx)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	6,00%
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	10,00%
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	10,00%
FRATTURA ROTULA	4,00%
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	3,00%
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	5,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	5,00%
FRATTURA PERONE	
DIAFISARIA	2,00%
ESTREMITA' SUPERIORE(capitello o faccetta articolare tibiale)	3,00%
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	4,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	5,00%
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	6,00%
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	6,00%
FRATTURA CALCAGNO	7,00%
FRATTURA SCAFOIDE	3,00%
FRATTURA CUSOIDE	4,00%
FRATTURA CUNEIFORME	1,00%

METATARSI	
FRATTURA I° METATARSALE	4,00%
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	2,00%
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	2,50%
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%
LESIONI DENTARIE	
ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	0,70%
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	0,20%
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	0,50%
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	0,75%
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	1,50%
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	1,00%
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	0,25%
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	0,50%
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	8,00%
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	10,00%
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	15,00%
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	10,00%
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	40,00%
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola íleo-cecale) - non cumulabile-	20,00%
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) -- non cumulabile-	40,00%
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile-	15,00%
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	40,00%
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	60,00%
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	5,00%

SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	4,00%
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	6,00%
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	10,00%
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +)	4,00%
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	50,00%
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	3,00%
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
LOBECTOMIA POLMONARE	15,00%
PNEUMONECTOMIA	30,00%
PROTESI SU AORTA TORACICA	20,00%
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	15,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	35,00%
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	25,00%
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	100,00%
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	12,00%
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	50,00%
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	30,00%
CORDECTOMIA	15,00%
EMILARINGECTOMIA	25,00%
LARINGECTOMIA	50,00%
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	70,00%
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	8,00%
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	15,00%
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente)	8,00%
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	4,00%
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	20,00%
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	25,00%
PATELLECTOMIA TOTALE	10,00%
PATELLECTOMIA PARZIALE	4,00%
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	5,00%
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	25,00%
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	30,00%
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	20,00%
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	30,00%
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	5,00%

USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA (documentate fotograficamente)	30,00%
PTOSI PALPEBRALE	5,00%
EVIRAZIONE COMPLETA	45,00%
PERDITA DEL PENE	35,00%
IMPOSSIBILITA' ALL'EREZIONE	25,00%
CASTRAZIONE	25,00%
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito-	3,00%
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	6,00%
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	4,00%
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	7,00%
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	5,00%
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	5,00%
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	2,50%
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	10,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	2,00%
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	1,00%
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	5,00%
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	8,00%
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente)	2,50%

non cumulabili tra loro-	
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2,50%
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	6,00%
LUSSAZIONE ULNOCARPICA	3,00%
LUSSAZIONE ROTULA	3,00%
LUSSAZIONE TIBIOCARSICA	3,00%
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5,00%

AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	80,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	70,00%
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	65,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	52,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	58,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	56,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	50,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	44,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	45,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	42,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	47,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	38,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	43,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	40,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	32,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	37,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	30,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	35,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	28,00%
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	33,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	24,00%
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	22,00%
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	27,00%

AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	18,00%
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	23,00%
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	20,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	14,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	10,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	7,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	12,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	13,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	5,00%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	3,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	2,50%
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	4,50%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	10,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	8,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	6,00%
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	9,00%

ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra dellametà della coscia)	70,00%
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	50,00%
PERDITA DI UN PIEDE	45,00%
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	27,00%
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	100,00%
PERDITA DELL'ALLUCE	6,00%
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	3,00%
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	1,00%
LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	

ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	60,00%
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE	45,00%
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE	45,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	18,00%
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	35,00%
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	25,00%
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	40,00%
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	25,00%
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	20,00%
ARTO INFERIORE	
PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE	35,00%
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	30,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	45,00%
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	38,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	20,00%
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	22,00%
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
EPILESSIA POST TRAUMATICA,CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE CON CRISI SPORADICHE	15,00%
EPILESSIA POST TRAUMATICA CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE CON CRISI SETTIMANALE	30,00%
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	40,00%
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	40,00%
MONOPARESI DI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	35,00%
USTIONI	
CAPO	

USTIONE 2' O 3' GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	10,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DEL 16-25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	14,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO SUPERIORE AL 25 % DELLA SUPERFICIE DEL VISO	18,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DEL 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUIO CAPELLUTO	5,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO SUPERIORE AL 30 % DELLA SUPERFICIE DEL CUIO CAPELLUTO	10,00%
ARTI SUPERIORI E INFERIORI	
USTIONE 2' O 3' GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFECIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO DI OLTRE IL 50 % DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00%

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:

PER PERSONA:	CASO MORTE	euro 1.032.914,00=
	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE	euro 1.032.914,00=
PER AEROMOBILE:	CASO MORTE	euro 10.000.000,00=
	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE	euro 10.000.000,00=

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.

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

In ogni caso restano esclusi gli infortuni derivanti da guerra dichiarata e non, tra due qualsiasi dei seguenti paesi:

Francia, Gran Bretagna, Cina, Federazione Russa.

Dalla garanzia sono escluse le conseguenze di scoppi di ordigni nucleari, con la conseguente cessazione automatica di tale estensione di garanzia, nonché le conseguenze di contaminazioni biologiche e chimiche.

L'estensione della garanzia al rischio guerra potrà essere in qualsiasi momento annullata dalla Società a mezzo lettera raccomandata o fax che diverrà operante dalle ore 24.00 del settimo giorno dal momento in cui la comunicazione è stata inoltrata.

La Società medesima accetta, comunque, di ripristinare la garanzia se interverrà con il Contraente, prima della scadenza della notifica della disdetta, un accordo per un nuovo tasso di premio e/o condizioni e/o limiti geografici.

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 € **150.000,00= (Euro Centocinquantamila/00)** per il caso **Morte** e di € **180.000,00=(Euro Centottantamila/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. .

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;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo pari al 5 % (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo pari al 2 % (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui alle precedenti clausole contrattuali.

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 € **5.000,00= (Euro Cinquemila/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 V, 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 V fino al limite ivi stabilito e fino al massimo di 250 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.

SEZIONE II)

RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE

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 e che le stesse devono intendersi operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il volontario si trova all'estero.

SOGGETTI ASSICURATI- VOLONTARI del servizio civile mentre svolgono il servizio all'estero.

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

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

1. La Società, nel limite del massimale annuo assicurato, indicato alla SEZIONE V, 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 € 20,00= (Euro venti/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

Ferma la competenza giurisdizionale del Giudice Ordinario, prevista ai sensi di legge, 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) RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI

- Presidenza del Consiglio dei Ministri-Ufficio Nazionale per il Servizio Civile
- I Volontari del servizio civile, in Italia ed all'estero
- I Volontari dei servizi civili selezionati nell'ambito degli ordinamenti settoriali di Regioni e Province autonome

ART. 2) DESCRIZIONE DEL RISCHIO

- Svolgimento del servizio svolto da volontari in servizio civile nazionale, ai sensi della legge 6 marzo 2001 n. 64 e del decreto legislativo 5 aprile 2002, n. 77 e successive modifiche.

ART. 3) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne gli Assicurati di quanto questi siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili, ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto verificatosi in relazione ai rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

Gli Assicurati sono considerati terzi fra di loro per sinistri che si siano verificati durante lo svolgimento dell'attività descritta in polizza.

ART. 4) NOVERO DEI TERZI

Non sono considerati terzi unicamente il coniuge, i genitori, i figli degli assicurati, nonché qualsiasi altro parente od affine con loro convivente ad eccezione dei casi riguardanti lesioni personali, verificatesi durante le attività coperte dalle presenti garanzie, pur sussistendo i predetti rapporti.

ART. 5) GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE DI RESISTENZA

La Società assume la gestione delle vertenze, tanto in sede giudiziale che stragiudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando di intesa con lo stesso, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La difesa dell'Assicurato viene assunta fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato in proporzione al rispettivo interesse.

La Società non riconosce, peraltro, le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende.

La Società si impegna a fornire tempestivamente copia degli atti processuali ed ogni informazione relativa all'andamento delle liti giudiziali.

ART. 6) RINUNCIA ALLA RIVALSA/SURROGA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa e surrogazione nei confronti dei dipendenti del Contraente e delle persone che ricoprono una carica, salvo il caso in cui il danno sia dovuto a dolo dei soggetti sopra indicati.

ART. 7) ESCLUSIONI

L'assicurazione R.C.T. non comprende:

- a) i danni da furto;
- b) i rischi soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi della legge 24 dicembre 1969, n. 990 e successive modifiche, integrazioni e regolamenti di esecuzione, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
- c) i danni a cose dovute a cedimento o franamento del terreno se tali danni derivino da lavori che implicino sottomurature o altre tecniche sostitutive;
- d) i danni alle cose che vengono trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate;
- e) i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute;
- f) i danni ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano dei lavori;
- g) i danni derivanti, direttamente o indirettamente, da attività di Information & Communication technology; in tale fattispecie si intende inclusa l'attività svolta via Internet, nonché l'attività conseguente alla fornitura di servizi e/o consulenza informatica;
- h) i danni conseguenti a guerra, scioperi, tumulti, sommosse, atti vandalici, di terrorismo e di sabotaggio;
- i) i danni derivanti dalla generazione di campi elettromagnetici (EMF) e dalle radio frequenze (di antenne e telefoni cellulari);
- j) sono esclusi, altresì, i danni di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati conseguenti ad inquinamento dell'atmosfera, esalazioni fumogene o gassose, inquinamento, infiltrazione, contaminazione di acque, terreni o colture, interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni od impoverimento di falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;
- k) i danni conseguenti, direttamente o indirettamente, da amianto e/o asbesto e relative fibre e/o polveri;
- l) i danni derivanti dalla detenzione o dall'impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- m) danni derivanti da malattie che potrebbero manifestarsi in relazione alla Encefalopatia spongiforme – BSE;

ART. 8) ESTENSIONI DI GARANZIA (a parziale deroga di quanto previsto dall'art.7-esclusioni)

DANNI A COSE IN CONSEGNA

L'assicurazione si intende estesa ai danni alle cose in consegna ai volontari che prestano il servizio.

La presente garanzia viene prestata con una franchigia fissa di € 100,00= (Euro Cento/00) per ogni sinistro e fino alla concorrenza del massimale di € **20.000,00= (Euro ventimila/00)** per uno o più sinistri verificatisi nel corso dello stesso periodo assicurativo annuo.

Sono esclusi dalla presente garanzia i danni arrecati ai veicoli a motore.

DANNI DA INCENDIO

L'assicurazione vale per i danni provocati a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato e da questi detenute.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% **con il minimo di € 100,00= (Euro Cento/00)** per ogni sinistro e fino alla concorrenza del massimale di € **250.000,00= (Euro Duecentocinquantamila/00)**, per uno o più sinistri verificatisi nel corso dello stesso periodo assicurativo annuo.

ART. 9) FRANCHIGIA

La garanzia viene prestata con la franchigia è di € 100,00=(Euro Cento/00) relativamente ai danni a cose.

SEZIONE IV ASSISTENZA

DEFINIZIONI INTEGRATIVE

- Assistito:** si intendono i volontari del servizio civile impegnati in specifici progetti all'estero, a favore dei quali è fornita l'assistenza.
- Evento:** il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'accordo e che determina la richiesta di assistenza dell'Assistito.
- Familiare:** coniuge, convivente, figlio, fratello o sorella, genitore, suoceri dell'assicurato (purché risultante dallo stato di famiglia).
- Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- Trasporto sanitario:** trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al più vicino centro medico.
- Rimpatrio sanitario:** trasferimento dell'assistito dal luogo dell'evento del sinistro al proprio domicilio in Italia.
- Biglietto di Viaggio:** biglietto ferroviario di 1° classe o aereo di classe turistica.
- Residenza:** luogo in cui l'Assicurato risiede abitualmente ed ha stabilito la propria Residenza anagrafica (abitazione) purché situato in Italia.
- Viaggio:** qualunque località ad oltre 20 Km dal comune di residenza dell'Assistito.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOGGETTI ASSICURATI

La Società assicura le prestazioni di assistenza, come di seguito indicato, a favore degli assicurati.

Per soggetti assicurati ci si riferisce esclusivamente ai VOLONTARI in servizio all'ESTERO. Si precisa che le garanzie devono intendersi operanti 24 ore su 24 ore per tutto periodo in cui il volontario si trova 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

Le relative garanzie saranno prestate per il tramite di IPAS-AXA Assistance, partner della Compagnia aggiudicatrice, della cui centrale operativa fornisce i seguenti riferimenti telefonici e di fax:

- Numero telefonico: 800 493 639, per le chiamate dal territorio nazionale;

- Numero telefonico:+ 39 06/42.11.56.12, per le chiamate dei volontari che prestano servizio all'Estero;

- Numero di fax: + 39 06/48.18.960.

La Società contraente ha, altresì, rappresentato che detta centrale operativa IPAS-AXA ASSISTANCE è composta dalla centrale telefonica, che riceve le chiamate degli assistiti e attiva le assistenze nonché dalla rete esterna che effettua 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 SANITARI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

La Centrale medesima potrà, inoltre, attivarsi per la prenotazione di eventuali visite specialistiche, collaborando per l'individuazione di medici specialistici o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione, ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua o di altro genere.

Detta Centrale potrà, a sua volta, richiedere all'Assistito la documentazione medica in suo possesso per poter fornire le informazioni richieste oppure, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con i suddetti centri.

ART. 10- FASCE DI OPERATIVITA' DEL SERVIZIO ASSISTENZA

Il Servizio dovrà essere attivo, di norma 24 ore su 24, tranne che per la erogazione dei sottoelencato servizi:

- Informazioni sanitarie;
- Servizio "Ricerca e prenotazione di Centri sanitari di alta specializzazione.

Il Servizio "Informazioni sanitarie" e il Servizio "Ricerca e prenotazione di Centri sanitari di alta specializzazione" sono attivi dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle 18, esclusi i giorni festivi anche 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 nazionale, 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.

In considerazione dell'aspetto particolare di tale garanzia, la Società si impegna, in caso di aggiudicazione, a comunicare alla Direzione dell'Ufficio Nazionale per il Servizio Civile, con effetto dalla decorrenza della copertura, il numero di telefono cellulare di un Dirigente della Compagnia che potrà essere contattato, nei casi di particolare urgenza, fino al rientro di tutti i volontari avviati a servizio nell'ambito della presente Convenzione e quindi anche successivamente alla data di scadenza di cui all'art. 2 –Durata della Convenzione”.

La presente garanzia è prestata **con un massimale di € 25.000,00= (Euro Venticinquemila/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 presti 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 casi di:

- a) eventi derivanti dalla pratica di sport aerei e motonautici;
- b) eventi derivanti da atti dolosi e di pura temerarietà dell'Assicurato;
- c) eventi derivanti da situazioni patologiche note all'Assicurato alla data di inizio della copertura e/o loro conseguenze, ricadute o recidive;
- d) cure dovute per malattie mentali, disturbi psichici in genere e nervosi;
- e) aborto volontario;
- f) eventi conseguenti ad abuso di alcolici e psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni assunti volontariamente;
- g) eventi derivanti da abuso di alcool, psicofarmaci ad uso non terapeutico, stupefacenti e allucinogeni;
- h) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, atti vandalici, terremoti, influenze atmosferiche e fenomeni naturali aventi caratteristiche di calamità;
- i) conseguenze dirette e indirette di trasmutazione dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- j) cure o eliminazione di difetti fisici o di malformazioni congenite, applicazioni di apparecchi protesici, cure infermieristiche, termali e dimagranti;
- k) prestazioni aventi finalità di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio avvenuto a seguito di incidente stradale verificatosi nel corso della garanzia;
- l) le cure dentarie e paradontoiatriche non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto e, in ogni caso, le protesi dentarie;
- m) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici, salvo per gli apparecchi applicati durante l'intervento;
- n) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- o) il suicidio o il tentato suicidio.

SEZIONE V – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI

SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI

Caso Morte	Euro 180.000,00= per persona
Caso Invalidità Permanente	Euro 250.000,00= per persona
Caso Invalidità Permanente da malattia	Euro 180.000,00= per persona
Rimborso spese mediche da infortunio	Euro 15.000,00= per evento
Diaria per ricovero	Euro 85,00= per giorno
Rimborso spese mediche, a seguito di Infortunio o malattie occorse all'estero (U.E.)	Euro 100.000,00= per persona e per anno assicurativo
Rimborso spese mediche, a seguito di Infortunio o malattie occorse all'estero Paesi Extra UE	Euro 150.000,00= per persona e per anno assicurativo

MASSIMALI RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI PER SINGOLO ASSICURATO

Contraente, Volontari in servizio civile

Euro 2.000.000,00= per ogni sinistro, con il limite di:

Euro 2.000.000,00= per ciascuna persona e di:

Euro 2.000.000,00= per danni a cose.

Massimale in caso di Corresponsabilità di più assicurati in un unico sinistro: Euro 3.000.0000,00=

ASSISTENZA-SOMME ASSICURATE: COME PREVISTO NELLA SEZIONE IV

SEZIONE VI (PREMIO ANNUO LORDO UNITARIO)
OMISSIS

SEZIONE VII – EVENTUALE RIPARTO DI COASSICURAZIONE

Delegataria.....%

Coassicuratrice.....%

Coassicuratrice.....%