

*Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile*



CAPITOLATO

**POLIZZA INFORTUNI
EMERGENZA COVID19
MEDICI, INFERMIERI E OPERATORI SOCIO
SANITARI DI CUI ALL'OCDPC 654/2020,
656/2020 E 665/2020 E SS.MM.II.**

CIG. 8284781190

SOMMARIO

DEFINIZIONI TERMINOLOGIA	4
ART. 1) TITOLO CHE DÀ DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE	6
ART. 2) DURATA DEL CONTRATTO	6
ART. 3) DENUNCIA DEI SINISTRI	6
ART. 4) FORO COMPETENTE ESCLUSIVO	6
ART. 5) DETERMINAZIONE DEL PREMIO	6
CONDIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	7
ART. 1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - VARIAZIONI DEL RISCHIO	7
ART. 2) DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA PER SINGOLO ASSICURATO	7
ART. 3) PAGAMENTO DEL PREMIO	7
ART. 4) REGOLAZIONE DEL PREMIO	8
ART. 5) ALTRE ASSICURAZIONI	8
ART. 6) ONERI FISCALI	8
ART. 7) DICHIARAZIONE DELLA SOCIETÀ	8
ART. 8) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
ART. 9) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	8
ART. 10) CLAUSOLA RECESSO	8
ART.11) CLAUSOLA BROKER	9
SEZIONE I) INFORTUNI	10
ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI	10
ART. 2) OGGETTO DEL RISCHIO	10
ART. 3) EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO - ESTENSIONI DI GARANZIA	10
ART. 4) ESCLUSIONI	10
ART. 5) PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ	11
ART. 6) ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ	11
ART. 7) PERSONE NON ASSICURABILI	11

ART. 8) DENUNCIA DI SINISTRO.....	11
ART. 9) CONTROVERSIE	11
ART.10) CASO MORTE.....	12
ART. 11) CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	12
ART. 13) DIRITTO DI SURROGA	12
ART. 14) ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO.....	12
ART. 15) RISCHIO GUERRA	13
ART.16) VARIAZIONE DEL RISCHIO E BUONA FEDE.....	13
ART.17) MALATTIE TROPICALI	13
ART.18) MORTE PRESUNTA	13
ART.19) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI.....	13
ART.20) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO	14
ART. 21) DANNI ESTETICI.....	14
ART. 22) CUMULO DI INDENNITA'	14
ART. 24) – DIARIA PER RICOVERO	14
ART. 25) – INDENNITA' A SEGUITO DI CONTAGIO COVID-19	14
SEZIONE IV – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI.....	15
SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI	15

DEFINIZIONI TERMINOLOGIA

Assicurato:	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
Beneficiario:	l'Assicurato stesso. In caso di morte ed in mancanza di designazione saranno beneficiari gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato;
Società:	l'Impresa assicuratrice;
Contraente:	Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile - Via Ulpiano 11 – 00195 Roma;
Broker:	In Più Broker S.r.l.;
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;
Invalità permanente:	la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

La presente procedura ha ad oggetto l'affidamento di un contratto aperto per le garanzie contro gli infortuni, spese di cura e l'assistenza a favore degli operatori socio sanitari, infermieri e medici che prestano la loro opera per conto della Protezione Civile in base alle OCDPC 654/2020, 656/2020 e 665/2020 e ss.mm.ii.

ART. 1) TITOLO CHE DÀ DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2) DURATA DEL CONTRATTO

La durata di erogazione del servizio sarà dalle ore 24.00 del giorno di stipula della polizza alle ore 24.00 del giorno in cui avrà termine lo stato di emergenza dichiarato con Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, ovvero fino a cessata esigenza e comunque per un periodo non superiore a un anno. È vietato il rinnovo tacito.

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, PEC info@pecinpiubroker.it, 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

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. 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, come stabilito nelle relative OCDPC.

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 10 giorni dall'inizio della copertura.

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 persone 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.

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.

ART. 3) PAGAMENTO 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/PEC, 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, convenuto in base ad elementi di rischio variabili, verrà regolato mensilmente, sulla base degli elementi presi come base per il conteggio del premio per come risultante nella Sezione V Premio Lordo Unitario per Assicurato ovvero per come risultante dai registri amministrativi della Contraente.

A tale scopo, entro 10 giorni dal termine di ciascun mese, il Contraente è tenuto a fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza. La Società provvederà all'emissione delle appendici contabili necessarie all'incasso del premio dovuto.

Le sopra citate appendici dovranno essere pagate nei 60 giorni dalla ricezione da parte del Contraente della relativa appendice di regolazione, formalmente ritenuta corretta.

In caso di mancata comunicazione dei dati di regolazione o di mancato pagamento del premio di cui sopra, al fine della sospensione delle garanzie, la Società dovrà darne comunicazione al Contraente, a mezzo lettera raccomandata/PEC; le garanzie si intenderanno sospese a decorrere dal trentesimo giorno dalla ricezione della stessa.

Se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo di sospensione delle garanzie. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli per il quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

Le operazioni di cui al presente articolo saranno effettuate tramite In Più Broker S.r.l. incaricato dal Contraente per la gestione ed esecuzione della polizza.

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, 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.

SEZIONE I) INFORTUNI

ART. 1) SOGGETTI ASSICURATI

Gli operatori socio sanitari, gli infermieri ed i medici come da elenco nominativi che verrà trasmesso dall'Amministrazione.

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 della loro attività come da OCDPC 654/2020, 656/2020 e 665/2020 e ss.mm.ii..

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 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 stabilite dalle ocdpc, 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 trentesimo 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. 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 7.746.853,49
	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE	euro 7.746.853,49

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

ART. 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. 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. 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) – INDENNITA' A SEGUITO DI CONTAGIO COVID-19

A seguito di contagio COVID19 si intendono corrisposte le seguenti indennità forfetarie:

In caso di ricovero che comporta degenza in terapia intensiva con intubamento € 5.000,00

In caso di ricovero che NON ha comportato degenza in terapia intensiva con intubamento € 2.500,00.

In caso di "isolamento domiciliare" un indennità forfetaria di € 700,00.

(gli indennizzi per le indennità sopra elencate non sono cumulabili)

SEZIONE IV – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI

SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI

Caso Morte **Euro 200.000,00= per persona**

Caso Invalidità Permanente **Euro 200.000,00= per persona**

=====

SEZIONE V PREMIO LORDO UNITARIO PER ASSICURATO

Premi a base d'asta per Infortuni, compreso rischio COVID19, Medici, Infermieri e Operatori socio sanitari per singolo assicurato (da rideterminare in funzione dello sconto offerto dall'Aggiudicatario):

- Medico € 220,00
- Infermieri € 220,00
- Operatori socio sanitari € 160,00

=====