Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE GIOVANILI E IL SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE

DECORRENZA DELLE CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA E DEL CONTRATTO

EFFETTO: ore 24:00 del giorno 07/09/2020
SCADENZA: ore 24:00 del giorno 07/09/2023

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA

Procedura aperta indetta dall'Amministrazione in epigrafe, ai sensi degli articoli 60, 74 e 95 del Codice dei contratti pubblici (Decreto legislativo 18 aprile 2016, n.50, come modificato dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n. 56 e dalla legge 14 giugno 2019, n. 55 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32), per l'affidamento del servizio assicurativo riguardante la copertura dei rischi inerenti l'attività dei volontari impegnati in progetti di Servizio Civile Universale in Italia e all'estero, compresi i progetti nell'ambito del PON "Garanzia Giovani", i progetti nell'ambito del FAMI "Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione", altri eventuali programmi cofinanziati con risorse della Unione Europea. ", nonché i progetti dei Corpi Civili di Pace. **CODICE CIG: 82152449CE**

Il contratto è identificato, a fini amministrativi e fiscali, dal Numero polizza Unico **201726513**

AMMINISTRAZIONE CONTRAENTE:
Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale

CODICE FISCALE DELLA CONTRAENTE: 97.315.390.589

EFFETTO: **ore 24:00 del giorno 07/09/2020**

SCADENZA: **ore 24:00 del giorno 07/09/2023**

DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE GIOVANILI E IL SERVIZIO CIVILE UNIVERSALE

LA CONTRAENTE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento Politiche Giovanili e
Servizio Civile Universale

LA SOCIETÁ
Nobis Compagnia di Assicurazioni
S.p.A.

DEFINIZIONI		
OGGETTO DEL CONTRATTO		4
ART. 1	OGGETTO DEL CONTRATTO	6
ART. 2	ESTENSIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI AI SOGGETTI CHE PRESTANO SERVIZIO CIVILE REGIONALE	6
ART. 3	TITOLO CHE DÀ DIRITTO ALL'ASSICURAZIONE	7
ART. 4	DURATA DEL RAPPORTO CONTRATTUALE	7
ART. 5	DENUNCIA DEI SINISTRI	7
ART. 5BIS	PROCEDURA GESTIONE CONTRATTO	11
ART. 6	FORO COMPETENTE - CLAUSOLA ARBITRALE	12
ART. 7	DETERMINAZIONE DEL PREMIO	12
ART. 8	TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI	12
DISPOSIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI		12
ART. 9	DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA	12
ART. 10	CONTEGGIO E PAGAMENTO DEL PREMIO	13
ART. 11	REGOLAZIONE DEL PREMIO	13
ART. 12	ESTENSIONE TERRITORIALE	14
ART. 13	ALTRE ASSICURAZIONI	14
ART. 14	ONERI FISCALI	15
ART. 15	DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATORE	15
ART.16	VARIAZIONE DEL RISCHIO	15
ART.17	CLAUSOLA DI REVISIONE DEL PREMIO	15
ART. 18	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	16
ART. 19	CLAUSOLA DI RECESSO	16
ART. 20	DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE	16
ART. 21	INFORMAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO ASSICURATO	17
ART.22	INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO	18
ART. 23	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	18
ART. 24	CLAUSOLA EMBARGO	18
ART. 24 BIS	RILASCIO CERTIFICATO ASSICURATIVO	18
SEZIONE I: INFORTUNI		18
ART. 25	SOGGETTI ASSICURATI	18
ART. 26	OGGETTO DEL RISCHIO	19
ART. 27	EQUIPARAZIONE AD INFORTUNIO - ESTENSIONI DI GARANZIA	20
ART. 28	ESCLUSIONI	20
ART. 29	PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ	21
ART. 30	ESONERO DENUNCIA DI INFERMITÀ	21
ART. 31	PERSONE NON ASSICURABILI	21
ART. 32	DENUNCIA DI SINISTRO	20
ART. 33	CONTROVERSIE	22
ART. 34	CASO MORTE	22
ART. 35	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	22
ART. 36	CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	34
ART. 37	DIRITTO DI SURROGA	35
ART. 38	ESTENSIONE AL RISCHIO VOLO	35

ART. 39	RISCHIO GUERRA	36
ART. 40	VARIAZIONE DEL RISCHIO E BUONA FEDE	37
ART. 41	MALATTIE TROPICALI	37
ART .42	MORTE PRESUNTA	37
ART. 43	ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI	37
ART. 44	ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO	37
ART. 45	DANNI ESTETICI	38
ART. 46	CUMULO DI INDENNITA'	38
ART. 47	RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO	38
ART. 48	DIARIA PER RICOVERO	39
SEZIONE II: RIMBORSO "SPESE DI CURA" A SEGUITO DI MALATTIA O DI INFORTUNIO		39
SOGGETTI ASSICURATI: Volontari del servizio civile mentre svolgono il servizio all'estero.		39
ART. 49	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	39
ART. 49 BIS	RIMBORSO SPESE PER RIENTRO SANITARIO	40
ART. 50	DAY HOSPITAL	41
ART. 51	DECORRENZA DELLA GARANZIA, TERMINI DI ASPETTATIVA	41
ART. 52	ESCLUSIONI	41
ART. 53	PERSONE NON ASSICURABILI	42
ART. 54	DENUNCIA DI SINISTRO	42
ART. 55	CRITERI DI LIQUIDAZIONE	43
ART. 56	CONTROVERSIE	41
SEZIONE III: RESPONSABILITÁ CIVILE VERSO TERZI		44
ART. 57	SOGGETTI ASSICURATI	44
ART. 58	DESCRIZIONE DEL RISCHIO	44
ART. 59	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	45
ART. 60	NOVERO DEI TERZI	45
ART. 61	GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE DI RESISTENZA	45
ART. 62	RINUNCIA ALLA RIVALSA/SURROGA	43
ART. 63	CLAUSOLA EMBARGO	45
ART. 64	ESCLUSIONI	46
ART. 65	ESTENSIONI DI GARANZIA (A PARZIALE DEROGA DI QUANTO PREVISTO DALL'ART.63-ESCLUSIONI)	47
SEZIONE IV: ASSISTENZA		47
DEFINIZIONI INTEGRATIVE		47
ART. 66	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E SOGGETTI ASSICURATI	45
ART. 67	LIMITI DI ESPOSIZIONE	48
ART. 68	MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA	48
ART. 69	RESPONSABILITÀ	49
ART. 70	CONDIZIONI PARTICOLARI	49
ART. 71	OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	49
ART. 72	CENTRALE OPERATIVA	49
ART. 73	INFORMAZIONI SANITARIE	49
ART. 74	RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SANITARI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	50
ART. 75	FASCE DI OPERATIVITA' DEL SERVIZIO ASSISTENZA	50
ART. 76	TRASFERIMENTO SANITARIO	50
ART. 77	CONSULTI TRA SPECIALISTI	51
ART. 78	CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE	51
ART. 79	INVIO DI UNA EQUIPE MEDICA	51
ART. 80	RIENTRO SANITARIO	51
ART. 81	CONCORSO SPESE DI RICERCA E SALVATAGGIO	52
ART. 82	RECAPITO MESSAGGI URGENTI	52
ART. 83	TRASPORTO/RIMPATRIO SALMA	52
ART. 84	FAMILIARE AL SEGUITO	52
ART. 85	ASSICURAZIONE BAGAGLIO	53
ART. 86	ESCLUSIONI GENERALI	53
SEZIONE V: CAPITALI/MASSIMALI ASSICURATI		54

SOMME ASSICURATE INFORTUNI VOLONTARI 54
MASSIMALI RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI PER SINGOLO ASSICURATO 55
SEZIONE VI: PREMI LORDI UNITARI 55

DEFINIZIONI

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Volontario del servizio civile universale: il soggetto, di età compresa tra i 18 e i 28 anni, che presta servizio civile su base volontaria e retribuita con le modalità e nelle forme previste dalla legislazione sul servizio civile universale nell'ambito dei progetti attuati da Enti e/o associazioni accreditate. La durata del servizio civile universale è di norma non inferiore ad otto mesi e non superiore a dodici mesi, anche in relazione alla tipologia del programma di intervento. La minor durata del servizio civile produce effetti nei limiti di quanto previsto nel presente contratto.

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: la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale.

Franchigia: l'importo prestabilito che, in caso di danno, l'Assicurato (ossia il volontario del SCU) tiene a suo carico e che per ciascun sinistro viene dedotto dall'indennizzo, senza che l'Assicuratore sia tenuto al rimborso con successivo accollo della somma al Contraente.

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 dall'Assicuratore all'assicurato in caso di sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente o la necessità di cure mediche.

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

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 dall'Amministrazione 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 della capacità generica ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla propria professione (invalidità assoluta), o la riduzione irrimediabile e definitiva della capacità ad attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo (invalidità parziale).

Volontario del servizio civile regionale: la persona 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 DEL CONTRATTO - DESTINATARI DELLE GARANZIE

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

Le condizioni generali di cui al presente atto costituiranno pattuizione essenziale del contratto volto ad accordare garanzie assicurative relative agli INFORTUNI, alle SPESE di CURA, alla RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI, e all'ASSISTENZA a favore e per conto:

- del Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale;
- dei giovani impiegati in progetti di servizio civile, in Italia ed all'Estero, realizzati dagli Enti, dagli organismi e dalle Associazioni iscritte all'Albo unico degli enti di servizio civile universale di cui all'articolo 11 del decreto legislativo 6 marzo 2017, n. 40 e successive modifiche. Sono pertanto destinatari delle condizioni generali del presente contratto anche gli operatori volontari che prestano servizio civile nell'ambito del Piano operativo nazionale "Garanzia Giovani", nell'ambito del programma FAMI (Fondo asilo, migrazione e integrazione) o in altri programmi cofinanziati con risorse della U.E., nonché i giovani da impiegare in progetti per i Corpi Civili di Pace in Italia e all'estero.

Art. 2 - ESTENSIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI AI SOGGETTI CHE PRESTANO 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, **nei limiti meglio specificati nel disciplinare di gara.**

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 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.

GESTIONE DEL CONTRATTO

ART. 3 - TITOLO CHE DA' 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.

ART. 4 - DURATA DEL RAPPORTO CONTRATTUALE

Si rinvia a quanto pattuito tra le parti (Contraente e Società assicuratrice).

ART. 5 - DENUNCIA DEI SINISTRI

Per le polizze infortuni e malattia, la denuncia del sinistro dovrà essere inviata 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.

Per la polizza RCT, in relazione alla specificità della stessa, l'Assicurato deve, entro lo stesso termine, denunciare all'Assicuratore ogni fatto, circostanza o evento dannoso, che l'Assicurato abbia involontariamente cagionato a terzi, per l'attivazione della copertura.

Per la polizza assistenza, fermo restando il termine di 30 giorni per la denuncia del sinistro, le prestazioni di assistenza devono essere richieste dall'Assicurato subito dopo l'evento che le rende necessarie e comunque non oltre sette giorni naturali e consecutivi, successivi al verificarsi dell'evento stesso.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione. Il recesso ha effetto alla scadenza dell'annualità indicata nel presente contratto; ovvero, se comunicato meno di 90 giorni prima di detta scadenza, alla scadenza annua successiva.

La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società è tenuta a documentare, contestualmente alla notifica del recesso, "l'avvenuto pagamento dell'indennizzo o il rifiuto del medesimo" restando inteso, in caso contrario, che il recesso è inefficace.

Non è ammesso il recesso della Società dalla garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, salvo esplicita accettazione da parte del Contraente/Assicurato e conseguente riduzione del premio.

PROCEDURA GESTIONE SINISTRI: INFORTUNI - R.C.

La denuncia di sinistro avviene in modalità online, per il tramite di una piattaforma informatica fruibile lato Front End (Web) e raggiungile al seguente indirizzo web:< https://scuassicurazione.serviziocivile.it > e/o attraverso smartphone, anche con App fruibile sugli store Android e IOS digitando <SCU Assicurazione> e deve essere trasmessa direttamente dall'Assicurato al Dipartimento in modalità online. Il servizio è conforme alle disposizioni contenute nel Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) sul trattamento e la protezione dei dati personali.

Il sistema consente all'operatore volontario del Servizio Civile Universale di aderire in modo univoco alle coperture stipulate dal Dipartimento per suo conto.

La procedura di registrazione da parte dell'assicurato è condizione indispensabile per prendere visione delle garanzie assicurate, per aprire un sinistro nella specifica garanzia colpita e per effettuare chiamate in assistenza anche dall' estero.
In caso di sinistro, l'assicurato dovrà compilare un apposito form che permette il caricamento on line dei relativi allegati, e successivamente, dovrà essere firmato con F.E.A.(firma elettronica avanzata) e trasmesso in modalità digitale mediante dispositivo informatico. Il sinistro dovrà essere aperto comunque con le modalità previste nel precedente Articolo 5-Denuncia di dei Sinistri.
Il referente del Dipartimento munito di Autority e preposto alla lavorazione dei sinistri, riceverà su supporto digitale la denuncia inviata dall' assicurato ed effettuerà i controlli necessari per la regolarità formale della richiesta; e se validata, provvede all' inoltro in Compagnia. Alla pratica verrà attribuito una numerazione univoca.
Per accedere all'area riservata è necessario utilizzare Codice e Password riservati, che l'Assicurato riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica unitamente al certificato di polizza.

Per ogni sinistro si intende completata la procedura di apertura purché contenga:

1. **modulo di denuncia compilato, in ogni sua parte**; (per ogni sezione di polizza è disponibile un modulo);
2. **dichiarazione dell'Ente** presso il quale il volontario/a presta servizio (con indicazione del luogo, orari e mansioni ed eventualmente con conferma che in data ….il volontario/a ha avuto il sinistro);
3. **certificato di pronto soccorso o del Medico** che ha prestato le prime cure e dal quale si evinca il tipo di lesione riportata e la diagnosi

4. **copia del documento d'identità** e codice fiscale.

A cure ultimate, l'Assicurato potrà effettuare il caricamento di tutta la documentazione aggiuntiva al sinistro occorso:

- Copia del referto cartaceo di eventuale rx, rmn, o ecografia dal quale si evinca il tipo di lesione per la quale si richiede l'indennizzo (come specificato nella Tabella Lesioni acclusa al contratto art. 11 sez. I - Infortuni);
- Copia di eventuale cartella clinica e/o certificati medici relativi al decorso delle lesioni (questi ultimi sono da trasmettere sia in caso di Tabella Lesioni che INAIL; la cartella clinica è necessaria altresì per il calcolo di eventuale diaria da ricovero, corrisposta sempre se il sinistro risulterà indennizzabile a termini di polizza);

In caso di richiesta di rimborso spese mediche dopo la compilazione del Form sono caricate dall' assicurato tutte le spese sostenute (Scontrini e Fatture). La compagnia, in caso di particolare necessità si riserva comunque la possibilità di poter richiedere copie in originale di tutta la documentazione clinica ivi compresi fatture e scontrini.

Caso Decesso : Entro 30 gg. dal fatto (o dal momento in cui gli aventi diritto e/o l'Ente ne ha avuto la possibilità) il decesso deve essere segnalato al Dipartimento. In seguito, l'Assicurato trasmette con le medesime modalità elettroniche.
In questo particolare caso il Dipartimento avrà cura di richiedere la documentazione di rito e provvederà a caricare la posizione nella piattaforma lato dipartimento:
1. Modulo di denuncia compilato 2. Dichiarazione dell'Ente in originale 3. Certificato di morte in originale 4. Stato di famiglia storico in originale 5. Atto di Notorietà dal quale si evinca l'identità degli eredi 6. Verbale delle Autorità intervenute (se nel caso) 7. Copia cartella clinica e referto autoptico 8. Certificato medico attestante le cause del decesso 9. Decreto del Giudice Tutelare (se nel caso) 10. Certificato di non gravidanza della vedova (se nel caso).

Per l'attivazione della garanzia RCT, l'Assicurato invia all'Assicuratore, sempre in modalità online l'apposito modello di denuncia, presente nell'area riservata contenente, tra l'altro, la descrizione dell'evento nel quale l'Assicurato ritiene di avere cagionato involontariamente danni a terzi, nonché i dati anagrafici del danneggiato.
L'Accesso al sistema consente di verificare il numero di rubricazione del sinistro assegnato alla pratica.

PROCEDURA GESTIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE (RSM)

La denuncia di sinistro avviene in modalità online, per il tramite di una piattaforma informatica fruibile lato Front End (Web) e raggiungile al seguente indirizzo web:< https://scuassicurazione.serviziocivile.it > e/o attraverso smartphone, anche con App fruibile sugli

store Android e IOS digitando <SCU Assicurazione> e deve essere trasmessa direttamente dall'Assicurato al Dipartimento in modalità online .Il servizio è conforme alle disposizioni contenute nel Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) sul trattamento e la protezione dei dati personali.
La procedura prevede la compilazione da parte dell'assicurato di un apposito form che permette anche il caricamento on line dei relativi allegati alla richiesta di rimborso, il form dovrà essere firmato con F.E.A. (firma elettronica avanzata) e trasmessa mediante dispositivo informatico. Il sinistro dovrà essere aperto entro 30 gg dal fatto e comunque non oltre il 15°giorno dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità.
Il referente del Dipartimento effettua controlli sulla regolarità formale della richiesta; e se validato, invia la richiesta alla compagnia. Alla pratica verrà attribuito un numero di protocollo univoco.
Per accedere all'area riservata è necessario utilizzare Codice e Password riservati ed unici, che l'Assicurato riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica.
La procedura di registrazione da parte dell'assicurato è condizione indispensabile per prendere visione delle garanzie assicurate, per aprire un sinistro nella specifica garanzia colpita e per effettuare chiamate in assistenza anche dall' estero.

Per ogni sinistro si intende completata la procedura di richiesta rimborso mediche purché contenga:

1. **modulo di denuncia compilato, in ogni sua parte**; (per ogni sezione di polizza è disponibile un modulo);
2. **dichiarazione dell'Ente** presso il quale il volontario/a presta servizio (con indicazione del luogo, orari e mansioni ed eventualmente con conferma che in data. il volontario/a ha avuto il sinistro);
3. **la prescrizione del medico curante**, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.
4. **copia fatture e/o scontrini** delle spese mediche sostenute. La compagnia, in caso di particolare necessità si riserva comunque la possibilità di poter richiedere gli originali.
5. **copia del documento d'identità** e codice fiscale.

PROCEDURA GESTIONE SINISTRI ASSISTENZA

La denuncia di sinistro avviene in modalità online, per il tramite di una piattaforma informatica fruibile lato Front End (Web) e raggiungile al seguente indirizzo web:< https://scuassicurazione.serviziocivile.it > e/o attraverso smartphone, anche con App fruibile sugli store Android e IOS digitando <SCU Assicurazione> e deve essere trasmessa direttamente dall'Assicurato al Dipartimento in modalità online .Il servizio è conforme alle disposizioni contenute nel Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) sul trattamento e la protezione dei dati personali.

La procedura prevede la compilazione da parte dell'assicurato di un apposito form che permette anche il caricamento on line dei relativi allegati alla richiesta di rimborso, il form dovrà essere firmato con F.E.A. (firma elettronica avanzata) e trasmessa mediante dispositivo informatico. Il sinistro dovrà essere aperto entro 30 gg dal fatto e comunque non oltre il 15° giorno dal momento in cui l'assicurato ne abbia avuto la possibilità.
Il referente del Dipartimento effettua controlli sulla regolarità formale della richiesta; e se validato, invia la richiesta alla compagnia. Alla pratica verrà attribuito un numero di protocollo univoco.
Per accedere all'area riservata è necessario utilizzare Codice e Password riservati ed unici, che l'Assicurato riceverà al proprio indirizzo di posta elettronica.
La procedura di registrazione da parte dell'assicurato è condizione indispensabile per prendere visione delle garanzie assicurate, per aprire un sinistro nella specifica garanzia colpita e per effettuare chiamate in assistenza anche dall'estero.

In caso di Assistenza Medica l'assicurato avrà a disposizione, anche per il tramite di App, un servizio per accedere alla Centrale Operativa aperta h 24, 7 giorni su 7, per assistere l'aderente nei diversi casi di emergenza anche con il servizio di primo consulto medico all'estero.

Per le modalità di richiesta di "Assistenza", si rinvia al successivo articolo 68. Resto inteso che è facoltà della compagnia poter richiedere per tutte le garanzie assicurate copie in originale di tutta la documentazione inerente il sinistro.

ART. 5bis - PROCEDURA GESTIONE CONTRATTO

Il referente dell'Amministrazione contraente trasmetterà, ad ogni avvio, alla Compagnia assicuratrice, avvalendosi della piattaforma telematica della stessa Società, l'elenco degli operatori volontari così suddiviso:
A) Volontari Italia (che usufruiscono solo delle prestazioni Infortuni ed RCG);
B) Volontari Italia (con misure aggiuntive che prevedono un periodo di permanenza all'estero da uno a tre mesi)
C) Volontari estero
D) Volontari nell'ambito del contingente dei Corpi civili di pace (ripartiti a seconda che prestino servizio in Italia o all'estero)
E) Volontari in Italia nell'ambito del Programma europeo Garanzia Giovani
F) Volontari con stage all'estero, nell'ambito del Programma europeo Garanzia Giovani
G) Volontari appartenenti al Programma europeo FAMI
H) Volontari sostituiti;
I) Volontari depennati.

ART. 6 - 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 è Roma.

ART. 7 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il premio annuo lordo unitario si intende stabilito secondo quanto pattuito all'esito della procedura di gara.

ART. 8 - TRACCIABILITA' DEI FLUSSI FINANZIARI

(Si rinvia al contratto stipulato tra le Parti)

DISPOSIZIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

ART. 9 - 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, per qualunque causa, il rapporto di servizio civile universale del giovane, **anche se tale cessazione avviene dopo la data di scadenza prevista dal precedente art. 4 – Durata del Rapporto contrattuale**.

Il Dipartimento contraente si impegna ad inviare all'Assicuratore, per ogni nuovo contingente di operatori volontari da assicurare, un file in formato word o excel contenente:

- i dati anagrafici degli assicurati;
- il luogo di realizzazione del progetto o la sede di svolgimento dell'attività di servizio civile
- la data di inizio dell'attività di Servizio civile;
- la data di fine del Servizio civile.

Nella vigenza del presente contratto, il Dipartimento potrà abilitare l'Assicuratore alla visualizzazione di una pagina web, collegata alla propria banca dati informativa, recante i dati anagrafici degli Assicurati. Di comune intesa tra le parti l'informazione preventiva da fornirsi all'Assicuratore, di cui all'articolo 5bis, potrà essere limitata al:

- numero delle persone avviate al Servizio civile
- data di inizio del Servizio civile
- data di fine del Servizio civile.

ART. 10 - CONTEGGIO E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio totale anticipato annuo, pari a € _____ (OMISSIS), 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. 11 – Regolazione del Premio.

A parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile, 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).

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

Ai sensi dell'art. 48 del DPR 602/1973 l'Assicuratore da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 18 gennaio 2008, n° 40, ivi compreso il periodo di sospensione di 30 giorni di cui all'art. 3 del Decreto;
- il pagamento effettuato dal Contraente direttamente all'Agente di Riscossione ai sensi dell'art. 72 bis del DPR 602/1973 costituisce adempimento ai fini dell'art. 1901 codice civile nei confronti della Società stessa.

ART. 11 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio è regolato alla fine di ciascun trimestre, secondo le variazioni positive 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 non inferiore ad otto mesi e non superiore a dodici mesi, anche in relazione alla tipologia del programma di intervento; 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, mentre invece, oltre i tre mesi di servizio la Società avrà diritto al premio per intero per ogni volontario dimissionario o rinunciatario.

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 pro-capite previsto per l'operatore volontario subentrante sarà compensato con quello già versato o da versare per l'operatore 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 il DGSCU provvederà a comunicare alla Società l'eventuale presenza di rinunce e cessazioni anticipate.

Le differenze, attive o passive risultanti dalla regolazione, devono essere pagate entro 60 giorni dalla data di ricezione del relativo documento, nel rispetto della normativa di natura contabile/fiscale applicabile in materia.

La Contraente è esonerata dalla preventiva denuncia delle generalità degli assicurati, per la identificazione dei quali si farà riferimento ai documenti ufficiali in possesso della stessa.

Altrettanto, la Contraente e gli assicurati sono esonerati dalla denuncia di altre assicurazioni esistenti per il medesimo rischio.

Si conviene che, ove la Contraente abbia in buona fede omesso di fornire o fornito indicazioni inesatte o incomplete, la Società riconoscerà comunque la piena validità del contratto, fatto salvo il suo diritto a richiedere l'eventuale quota di premio non percepita.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati forniti dalla Contraente a fronte dei quali la Contraente è tenuta a fornire i chiarimenti e la documentazione necessaria.

ART. 12 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

ART. 13 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, ovvero stipulate per il medesimo rischio da

soggetti terzi a suo favore (ad esempio: dagli enti accreditati di servizio civile presso i quali è applicato quale operatore volontario).

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, ai sensi dell'articolo 1910 del codice civile.

ART. 14 - ONERI FISCALI

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

ART. 15 - DICHIARAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

Art.16 - VARIAZIONE DEL RISCHIO

1. Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto.
2. Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto, che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto all'Assicuratore. Le variazioni che devono essere comunicate concernono mutamenti interni all'organizzazione dell'Amministrazione contraente (si pensi a mero titolo di esempio, all'adozione di strumenti di riduzione del rischio, alle delibere dell'Amministrazione contraente che impattano sulle competenze e sulle funzioni svolte).

Art.17 - CLAUSOLA DI REVISIONE DEL PREMIO

1. Qualora s'intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza della prima o della seconda annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare all'Amministrazione, l'Assicuratore ha facoltà di segnalare all'Amministrazione contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'Art. 16 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106, comma 1 del Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, la revisione dei premi.
2. L'Amministrazione contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.
3. In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla annualità successiva.
4. Analoga facoltà di promuovere, motivatamente, la procedura di revisione premi è attribuita all' Amministrazione contraente.

ART. 18 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

18.1- MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

18.2- AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Dipartimento contraente deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio.

Il Dipartimento contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali.

Gli aggravamenti di rischio non noti, o non accettati dall'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (art. 1898 C.C.).

18.3- DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, l'Assicuratore è tenuto 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; l'Assicuratore rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 19 - CLAUSOLA DI RECESSO

1. In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 17 (clausola contrattuale di revisione del premio) tra le parti, l'Assicuratore può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità.
2. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art 17 (Revisione del premio), presentata dall'Assicuratore, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta del Dipartimento.
3. Qualora, alla data di effetto del recesso, l'Amministrazione contraente non sia riuscita ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta di quest'ultima l'Assicuratore s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 60 (sessanta) giorni.
4. Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'articolo 21 (Produzione di informazioni sui sinistri) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 20 - DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, senza dolo o colpa grave da parte dell'assicurato, l'Assicuratore rinuncia espressamente alla facoltà di recesso di cui all'art. 1893, comma 1.

ART. 21 - INFORMAZIONI PER LA CORRETTA GESTIONE DEL RISCHIO ASSICURATO

1. L'Assicuratore dichiara -e il Dipartimento ne prende atto- che il sistema informatico che sarà utilizzato per l'apertura e la gestione delle richieste d'indennizzo consentirà all'Amministrazione contraente, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, di visualizzare, attraverso specifiche chiavi di ricerca, la situazione costantemente aggiornata circa l'andamento tecnico del contratto, con l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Per ciascun sinistro, saranno resi disponibili dalla Società assicuratrice i seguenti dati:

- il numero del sinistro attribuito dall'Assicuratore;
- la data di accadimento dell'evento;
- la data della denuncia;
- la tipologia dell'evento;
- la tipologia di garanzia distinta per prestazioni ottenute come da specifiche delle presenti condizioni di polizza;
- la tipologia di indennizzo (se diretto o indiretto);
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
  a) sinistro agli atti, senza seguito;
  b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____;
  c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo a riserva pari a €_____

2. Nel caso di carenze nei dati tratti direttamente dalla piattaforma informatica della Società contraente, la stessa dovrà fornire le sopra indicate informazioni per la corretta gestione del rischio assicurato, sempre in modalità online e con cadenza trimestrale in modo da consentire, tra l'altro, al Dipartimento di avere un quadro esaustivo dell'andamento tecnico delle coperture assicurative a tre mesi dalla sua naturale scadenza contrattuale. Si applicano in caso di inosservanza le penali previste dal contratto.

3. l'Assicuratore si impegna a fornire**, in modalità online** l'elenco completo dei sinistri senza seguito. Annualmente invece sarà tenuto a fornire il rapporto sinistri a premi riferito all'esercizio trascorso, sia in via aggregata che disaggregata"

4.In caso di mancato rispetto di quanto previsto ai commi 1 e 2 nel presente articolo, l'Assicuratore sarà assoggettato a penale. Per la determinazione dell'entità della penale, il DGSCU prenderà in considerazione l'entità totale dei premi versati nell'annualità in cui si verifica l'inadempienza.

5. L'Assicuratore si impegna a fornire ogni altra informazione relativa al contratto assicurativo in essere che l'Amministrazione ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo l'Amministrazione deve fornire adeguata motivazione.
6. Per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, l'applicazione delle eventuali penali è garantita dalla cauzione definitiva che non potrà essere svincolata fino alla completa trasmissione delle informazioni di cui al comma 1.

ART.22 - 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. 23 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART.24 - CLAUSOLA EMBARGO

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura, né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo od a riconoscere alcun beneficio previsto nel presente Programma assicurativo, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio espongano l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA o di qualsiasi altra legge nazionale.

24bis – RILASCIO CERTIFICATO ASSICURATIVO

L'Assicuratore, utilizzando un *form* condiviso con il Dipartimento, si obbliga, per tutta la vigenza contrattuale, a rilasciare un certificato di polizza attestante decorrenza e durata della copertura assicurativa per ciascun operatore volontario impiegato in progetti all'estero.

I certificati saranno trasmessi agli assicurati direttamente ai loro account. attraverso la piattaforma telematica della Società.

Gli operatori volontari potranno utilizzare detto attestato a richiesta delle Autorità locali del Paese di destinazione, oppure a richiesta delle nostre Autorità consolari.

SEZIONE I: INFORTUNI

ART. 25 - SOGGETTI ASSICURATI

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

-OPERATORI VOLONTARI dei servizi civili selezionati nell'ambito degli ordinamenti settoriali di Regioni e Province autonome (su specifica adesione della Regione interessata)

Si precisa che le garanzie previste dalla presente Sezione INFORTUNI sono operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il volontario si trova all'estero.

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, ed inizia dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente se esso avvenga dall'abitazione (anche occasionale) dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato ad una delle predette sedi di partenza.

ART. 26 - 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 universale svolto ai sensi del decreto legislativo n. 40 del 6 marzo 2017 "*Istituzione e disciplina del servizio civile universale"*, a norma dell'articolo 8 della legge 6 giugno 2016, n. 106" coordinato con il d.Lgs. n. 43 del 13 aprile 2018.

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 gli infortuni che avvengono in itinere, che ai sensi della presente convenzione sono considerati professionali. Ai fini della garanzia sono definiti infortuni in itinere quelli occorsi nei seguenti casi:

- durante il percorso di andata e ritorno dal luogo dove è prestato il servizio
- durante il percorso di andata e ritorno dal luogo dove è prestato il servizio a quello di consumazione dei pasti
- durante i tragitti compiuti nell'orario di servizio per l'adempimento delle attività professionali.

Viene inoltre stabilito che il percorso che collega due luoghi di lavoro quando compiuto per l'adempimento delle attività professionali su incarico dell'ente di impiego del volontario - ovvero il tragitto di andata e ritorno per effettuare viaggi di servizio, è considerato rischio professionale.

Ferme restando le esclusioni di polizza sono altresì esclusi gli infortuni occorsi:

- durante i tragitti compiuti nell'orario di servizio per motivi diversi dalle attività professionali;
- in caso di interruzione o deviazione dei normali percorsi, nel caso in cui non siano dovuti a

causa di forza maggiore o ad esigenze essenziali ed inderogabili (purché non personali).

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 (RC auto).

ART. 27 - 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:

e) le conseguenze derivanti da influenze termiche e/o atmosferiche nonché da scariche elettriche o da contatto con corrosivi;

f) gli eventi da cui discendano lesioni fisiche derivati da tumulti, terrorismo, aggressioni o violenza, sempre che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

g) gli eventi da cui discendano lesioni fisiche 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);

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

ART. 28 - 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 29 - PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ

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

ART. 30 - 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. 31 - PERSONE NON ASSICURABILI

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

ART. 32 - DENUNCIA DI SINISTRO

La denuncia del sinistro deve essere presentata, accedendo on line su una piattaforma informatica fruibile lato Front End (Web) e raggiungile al seguente indirizzo web:< https://scuassicurazione.serviziocivile.it > e/o attraverso smartphone, anche con App fruibile sugli store Android e IOS digitando <SCU Assicurazione>, 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 accoglienza 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, escluso il caso di servizio all'Estero.

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. 33 - 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 provvisionale 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. 34 - 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. 35 - 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" appresso indicata, 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 capitale assicurato di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 300.000,00= 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 capitale assicurato di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 300.000,00= 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 sopra menzionata, 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 capitale assicurato di cui alla sezione V del presente capitolato (determinato in € 300.000,00= 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 capitale.

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%
FRA TTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRA TTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	3,00%
FRATTURA LEFORT I° (dístacco 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 0 JOIDEO 0 VOMERE (non cumulabíle)	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 0 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 CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	4,00%
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%
FRA TTURA 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 intercondíloidea 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%
R0TTURA 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 enzimatící 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 cumulabíle-	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 cumulabíle)	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 cumulabíle-	9,00%
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	5,00%
R0TTURA 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 cumulabíle-	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 chirurgícamente)	3,00%
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	4,00%
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	6,00%
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabíle-	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 chirurgícamente)	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) non cumulabili tra loro-	2,50%
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 dí sopra dei ginocchio)	65,00%
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al dí 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 POSSSBILE 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 CUOIO CAPELLUTO	5,00%
USTIONE 2' O 3' GRADO SUPERIORE AL 30 % DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	10,00%
ARTI SUPERIORI E INFERIORI	
USTIONE 2' 0 3' GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5,00%
USTIONE 2' 0 3' GRADO DI 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	10,00%
USTIONE 2' 0 3' GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFECIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	15,00%
USTIONE 2' 0 3' GRADO DI OLTRE IL 50 % DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	20,00%

Nota integrativa all'art. 36 delle Condizioni generali di polizza. L'articolo che segue è integrato con la precisazione che, non essendovi una specifica tabella lesioni, per i criteri di valutazione del grado di IP si farà riferimento alla normativa specificata di seguito.

ART. 36 - CASO INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicurazione vale anche per i casi di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e, comunque, non oltre 30 gg. dalla cessazione del servizio in qualità di volontario. Rimangono esclusi dalla garanzia i casi di invalidità permanente causati da silicosi e/o asbestosi.

Per i criteri da seguire per la valutazione del grado di invalidità permanente (IP) si farà riferimento all'articolo 13 del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 nonché alla "tabella delle menomazioni" parte integrante del DM 12 luglio 2000 e relativi allegati in quanto applicabili, senza alcuna franchigia a carico dell'assicurato.

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

(Segue tabella)

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. 37 - 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. 38 - 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. 39 - 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 PEC lettera raccomandata o pec 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.40 - 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.41 - 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 18%. Pertanto, non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 18% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 18% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado d'Invalidità Permanente residuato.

La presente estensione di garanzia si intende valida purché l'assicurato si sia sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi.

ART.42 - 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.43 - 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. 44 - 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. 45 - 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. 46 - 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. 47 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società assicuratrice 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 resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

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

ART. 48- 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.

Nota alla Sezione I: Sotto forma di proposta di proposte migliorative il Dipartimento cercherà di ottenere una garanzia infortuni"rafforzata" per le 200 unità circa che, presumibilmente, costituiranno il prossimo contingente dei Corpi civili di pace

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- OPERATORI VOLONTARI del servizio civile mentre svolgono il servizio all'estero in Paesi appartenenti alla UE o extra UE

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

ART. 49 - 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 svolto ai sensi del d.Lgs. n. 40 del 6 marzo 2017 "Istituzione e disciplina del servizio civile universale", a norma dell'articolo 8 della legge 6 giugno 2016, n. 106" coordinato con il d.Lgs. n. 43 del 13 aprile 2018 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;
- vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, in assenza di diversa sistemazione, di un accompagnatore dell'Assicurato, con un limite di euro 70,00 al giorno e con un massimo di euro 700,00 per anno assicurativo.

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.

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. 49bis - RIMBORSO SPESE PER RIENTRO SANITARIO

La garanzia è estesa al rimborso, **fino al limite di € 5.000,00**, delle spese documentate sostenute dall'Assicurato per rientro sanitario anticipato dal Paese di destinazione in caso di infortunio che lo colpisca durante il proprio servizio all'estero, tale da rendere necessario il suo trasporto, con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo, in ospedale attrezzato in Italia.

ART. 50 - DAY HOSPITAL

In caso di degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, la Società rimborsa le spese elencate *all'articolo 49, comma 1*, esclusi gli esami e gli accertamenti diagnostici, con salvezza di quanto previsto dai successivi commi del predetto articolo.

ART. 51 - 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. 52 - 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. 53 - 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. 54 - DENUNCIA DI SINISTRO

In caso di sinistro, la denuncia del sinistro deve essere presentata online con le modalità previste nel precedente Articolo 5-Denuncia di dei Sinistri 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. 55 - 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.

ART. 56 - 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.

Nota alla Sezione II:

Il rafforzamento delle garanzie relative alla sezione II- sono in favore degli operatori volontari impiegati in progetti di servizio civile all'estero in paesi extra Unione Europea, nonché in favore dei Corpi civili di pace/estero.

Questo criterio premiante tiene in considerazione una platea dei potenziali assicurati, stimata in circa 4.000 operatori su 75.000 unità nel triennio. Dei 4.000 volontari, max 200 sono del contingente dei CCP e max 3.800 sono volontari all'estero extra UE. Il rafforzamento delle polizze non riguarda tutti gli altri operatori volontari che, pur aderendo a progetti di SCU in Italia, potranno fare brevi stage all'estero in paesi appartenenti alla UE.

SEZIONE V – CAPITALI / MASSIMALI ASSICURATI

Rimborso spese mediche, a seguito di Infortunio o malattie occorse all'estero	**Euro 100.000,00 per persona e per anno assicurativo**

Rafforzamento delle garanzie

Base di gara Euro 100.000,00 Massimale per persona e per anno assicurativo	Miglioria tecnica	
A favore degli operatori volontari impiegati in progetti di servizio civile all'Estero in paesi extra Unione Europea, nonché in favore dei Corpi civili di pace	**Euro 170.000,00 per persona e per anno assicurativo**	

SEZIONE III: RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

ART. 57 - SOGGETTI ASSICURATI

- Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale
- 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.

Si precisa che le garanzie previste dalla presente Sezione RCT sono operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il volontario si trova all'estero.

ART. 58 - DESCRIZIONE DEL RISCHIO

- Svolgimento del servizio svolto da volontari in servizio civile universale, ai sensi della d.Lgs. n. 40 del 6 marzo 2017 "Istituzione e disciplina del servizio civile universale", testo coordinato con il decreto legislativo n. 43 del 13 aprile 2018.

ART. 59 - 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. 60 - 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. 61 - 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 di ammende.

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

ART. 62 - 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. 63 - CLAUSOLA EMBARGO

Resta ferma la validità di tale clausola anche per le altre sezioni in cui si articola la presente polizza.

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura, né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo od a riconoscere alcun beneficio previsto nel presente Programma assicurativo, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio espongano l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle

Nazioni Unite o da provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA o di qualsiasi altra legge nazionale."

ART. 64 - 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 implichino 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 silicio 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. 65 - ESTENSIONI DI GARANZIA (a parziale deroga di quanto previsto dall'art.64- 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 € **21.000,00= (Euro ventuno/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.

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. 66 - 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).

Si precisa che le garanzie previste dalla presente Sezione Assistenza sono operanti 24 ore su 24 per tutto il periodo in cui il volontario si trova all'estero.

ART. 67 - 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. 68 - 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 (è possibile accedere alla centrale operativa anche per il tramite di App, aperta h 24, 7 giorni su 7 per assistere l'Assicurato nei diversi casi di emergenza anche con il servizio di primo consulto medico all'estero oppure consultando i contatti telefonici, di fax e pec riportati nell'art. 72) nel momento

in cui accade l'evento che le rende necessarie e comunque non oltre 7 (sette) giorni naturali e continuativi.

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 di malattia, autorizzare per iscritto il medico a fornire notizie sul proprio stato di salute, nel rispetto della normativa sulla privacy.

ART. 69 – 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. 70 - 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 polizza.

ART. 71 - OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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

ART. 72 - CENTRALE OPERATIVA

Le relative garanzie saranno prestate tramite la Centrale Operativa della Società assicurativa di cui si trascrivono i contatti telefonici, di fax e pec:

- Numero telefonico:+39 039 9890 001, sia per le chiamate dal territorio nazionale che per le chiamate dall'Estero;

-Mail: info@nobis.it

- Numero di fax: :+39 039 9890 694;

- PEC: nobisassicurazioni@pec.it.

La Società contraente ha, altresì, rappresentato che detta centrale operativa riceve le chiamate degli assistiti e attiva le assistenze e gli interventi sul posto.

ART. 73 - INFORMAZIONI SANITARIE

L'Assistito potrà richiedere alla Centrale operativa (o struttura equivalente): - 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. La prestazione sarà operante 24/24 per 365

gg. all'anno con servizio erogato da centrale operativa ubicata in Italia. Il servizio è operativo sia per i paesi esteri che per l'Italia.

ART. 74 - 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, come specificato all'art.75 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.

La Società mette infine a disposizione una "APP" scaricabile dall'Assicurato per accedere a video-consulti con medici specialisti con accesso 24/24 per 365 giorni all'anno. Tale ultima prestazione è erogata da centrale operativa ubicata in Italia. Il servizio è operativo sia per i paesi esteri che per l'Italia.

ART. 75 - OPERATIVITA' DEL SERVIZIO ASSISTENZA

Il Servizio dovrà essere attivo, 24 ore su 24, per 365 giorni all'anno, anche per quanto attiene ai tranne che per la erogazione delle sotto elencate prestazioni:
- Informazioni sanitarie;
- Servizio "Ricerca e prenotazione di Centri sanitari di alta specializzazione.

ART. 76 - 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. 77 - 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. 78 - CONCORSO SPESE MEDICHE FARMACEUTICHE OSPEDALIERE

In caso di infortunio o malattia dell'Assistito, la Società, ove non rimborsabili dal servizio sanitario nazionale, 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).** 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. 79 – 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 équipe 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'équipe, con costi a carico della Società, è di 4 giorni.

ART. 80 – ORGANIZZAZIONE DEL RIENTRO SANITARIO DALL'ESTERO

Fermo quanto stabilito nella seconda sezione del presente atto (articolo 49bis), in caso di infortunio o di malattia all'estero dell'Assistito, la Società, previo assenso dell'assistito o dei suoi congiunti, 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 dell'assistito siano tali da rendere superflua una sorveglianza medica o infermieristica nel corso del rientro, ma

giustifichino comunque la necessità di un accompagnatore, la Società medesima. provvederà a far viaggiare sugli stessi mezzi di trasporto un familiare, purché già presente sul posto.
In considerazione dell'aspetto particolare di tale garanzia, la Società si impegna, in caso di aggiudicazione, a comunicare alla Direzione del Dipartimento della Gioventù e del Servizio Civile Nazionale, 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 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= (EuroVenticinquemila/00).**

ART. 81 – 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. 82 – 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. 83 – 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. 84 – 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. 85 - 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. 86 - 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 200.000,00 per persona**
Caso Invalidità Permanente da infortunio	**Euro 300.000,00 per persona**
Caso Invalidità Permanente da malattia	**Euro 180.000,00 per persona**
Rimborso spese mediche da infortunio	**Euro 17.000,00 per evento**
Diaria per ricovero	**Euro 85,00 per giorni**
Rimborso spese mediche, a seguito di Infortunio o malattie occorse all'estero	**Euro 100.000,00 per persona e per anno assicurativo**
Rimborso spese mediche, a seguito di Infortunio o malattie occorse all'estero(1)	**Euro 170.000,00 per persona e per anno assicurativo**

(1) esclusivamente in favore degli operatori volontari impiegati in progetti di servizio civile all'Estero in paesi extra Unione Europea, nonché in favore dei Corpi civili di pace.

Limitatamente al contingente dei volontari dei Corpi civili di pace sono previsti i seguenti massimali:

A Per il rafforzamento delle garanzie a favore dei Volontari Corpi Civili di Pace in ITALIA

Morte da Infortunio Euro 250.000,00
Invalidità Permanente da Infortunio Euro 350.000,00
Invalidità Permanente da Malattia Euro 200.000,00
Diaria da Ricovero a seguito di infortunio: Euro 85,00
Rimborso spese Mediche da Infortunio: Euro 17.000,00

B Per il rafforzamento delle garanzie a favore dei Volontari dei Corpi Civili di Pace inviati all'ESTERO

Morte da Infortunio: Euro 300.000,00
Invalidità Permanente da Infortunio: Euro 400.000,00
Invalidità Permanente da Malattia: Euro 250.000,00

Diaria da Ricovero a seguito di infortunio: Euro 85,00
Rimborso spese Mediche da Infortunio: Euro 17.000,00

MASSIMALI RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI PER SINGOLO ASSICURATO

Amministrazione Contraente, Volontari in servizio civile

Euro 5.000.000,00= per ogni sinistro, con il limite di
Euro 5.000.000,00= per ciascuna persona e di
Euro 5.000.000,00= per danni a cose.

Massimale in caso di corresponsabilità di più assicurati in un unico sinistro: Euro 7.000.000,00=

ASSISTENZA-SOMME ASSICURATE: COME PREVISTO NELLA SEZIONE IV

SEZIONE VI (PREMI LORDI UNITARI)

Come da offerta economica della Società