



**MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA
COOPERAZIONE INTERNAZIONALE**
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione

Polizza convenzione per prestazioni sanitarie, garanzie di assistenza e rimborso spese mediche urgenti in caso di malattia o infortunio e per il trasferimento dell'infermo e dell'eventuale accompagnatore, a favore del personale inviato in missione per conto del MAECI in Stato o territorio diverso da quello della sede di servizio, nel quale non è erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta, ai sensi dell'art. 211, comma 3, del D.P.R. 5 gennaio 1967 n. 18.

CIG: 9178995A4A

Periodo 30.06.2022 – 01.01.2026
che con eventuali rinnovi può arrivare al 01.01.2028

Capitolato Speciale
Lotto 4

POLIZZA CONVENZIONE ASSICURATIVA
Assistenza sanitaria durante le missioni o i viaggi di servizio

Relativa alle prestazioni sanitarie, garanzie di assistenza e rimborso spese mediche urgenti in caso di malattia o infortunio e per il trasferimento dell'infermo e dell'eventuale accompagnatore, a favore del personale inviato in missione per conto del MAECI in Stato o territorio diverso da quello della sede di servizio, nel quale non è erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta, ai sensi dell'art. 211, comma 3, del D.P.R. 5 gennaio 1967 n. 18.

tra

IL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
Direzione Generale per le Risorse e l'Innovazione
Piazzale della Farnesina 1 – 00135 Roma
C.F. 80213330584

e la Società

Premesso che

l'articolo 211, comma 3 del D.P.R. 18/1967, così come modificato dalla Legge n. 106 del 23 luglio 2021, prevede che: *“Per il personale inviato in missione in Stato o territorio diverso da quello della sede di servizio, nel quale non è erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta, il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale stipula polizze assicurative per prestazioni sanitarie urgenti in caso di malattia o infortunio e per il trasferimento dell'infermo e dell'eventuale accompagnatore”*;

si conviene la presente assicurazione che verrà regolata dalle norme di polizza di seguito descritte.

Durata del contratto

Dalle ore 24.00 del: 30/06/2022
Alle ore 00.00 del: 01/01/2026

SOMMARIO

SEZIONE I

Art.1	Definizioni	pag. 4
Art.2	Persone assicurabili	pag. 5
Art.3	Ambito di operatività del contratto	pag. 5
Art.4	Limiti di età	pag. 5
Art.5	Esclusioni comuni a tutte le sezioni	pag. 6
Art.6	Spese mediche	pag. 6
Art.7	Massimali e Franchigie	pag. 7
Art.8	Esclusioni specifiche per la sezione Spese Mediche (ad integrazione dell'art. 5 Esclusioni comuni)	pag. 7
Art.9	Assistenza alla persona	pag. 8
Art.10	Esclusioni specifiche per la garanzia Assistenza (ad integrazione dell'art. 5 Esclusioni comuni)	pag. 10

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art.1	Durata e proroga della presente Polizza Convenzione	pag. 11
Art.2	Determinazione del Premio e decorrenza della copertura	pag. 11
Art.3	Regolazione del Premio	pag. 12
Art.4	Imposte	pag. 13
Art.5	Modifiche Polizza	pag. 13
Art.6	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	pag. 13
Art.7	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro	pag. 13
Art.8	Criteri di liquidazione dei sinistri	pag. 14
Art.9	Controversie	pag. 14
Art.10	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	pag. 14
Art.11	Altre Assicurazioni	pag. 15
Art.12	Buona Fede	pag. 15
Art.13	Recesso in caso di sinistro	pag. 15
Art.14	Interpretazione del contratto	pag. 15
Art.15	Clausola Broker	pag. 15
Art.16	Foro competente	pag. 16
Art.17	Rinvio alle norme di legge	pag. 16
Art.18	Tracciabilità dei flussi	pag. 16
Art.19	Tracciabilità dei flussi Sanzioni internazionali	pag. 16
Art.20	Coassicurazione e delega	pag. 16
Art.21	Disposizione Finale	pag. 17

SEZIONE III - CERTIFICATI PER RAGIONE SOCIALE	pag. 18
--	---------

SEZIONE I

Art. 1 – Definizioni

Assicurazione:	il contratto di assicurazione;
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assistenza:	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;
Broker:	l'intermediario di assicurazioni a cui il Contraente abbia affidato l'incarico di Brokeraggio.
Centrale Operativa:	la struttura della Società, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste
Contraente:	il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
Day hospital:	la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.
Domicilio:	il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.
Durata contratto:	il periodo di validità del contratto;
Eestero:	tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.
Franchigia:	importo prestabilito che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.
Indennizzo o Indennità:	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;
Infortunio:	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico:	atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni
Istituto di cura:	l'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Italia:	il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Massimale:	somma fino a concorrenza della quale la Società risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.
Medicinali:	sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;
Paesi in cui opera la polizza:	tutti i paesi del mondo nei quali non sussiste l'assistenza sanitaria diretta ai sensi del D.P.R. 618/80;
Polizza:	il documento che prova l'assicurazione;
Polizza Convenzione:	Il contratto assicurativo sottoscritto dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.
Premio:	la somma dovuta dal Contraente alla Società;

Residenza:	il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;
Ricovero:	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura ovvero il day hospital
Rischio:	probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;
Sinistro:	il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Società:	l'impresa assicuratrice.
Missione o viaggio di servizio:	incarico del dipendente prestato all'estero per conto del MAECI in luogo diverso dalla sede di servizio.

Art. 2 – Persone Assicurabili

L'assicurazione è prestata a favore delle categorie sotto elencate che per conto del MAECI si recheranno in missione o viaggio di servizio all'estero. Si intenderanno in copertura sia le trasferte dall'Italia, sia le trasferte dal Paese estero di assegnazione del dipendente verso altro Paese estero. Gli assicurati si dividono in quattro categorie:

Certificato 1 – personale a carico dell'Ufficio VIII DGRI

- | | |
|--------------|--|
| Categoria 1) | personale inviato in missione o viaggio di servizio per conto del MAECI; |
| Categoria 2) | personale dell'Arma dei Carabinieri inviato in missione o viaggio di servizio per conto del MAECI; |

Certificato 2 – personale a carico dell'Ufficio V DGDP
--

- | | |
|--------------|--|
| Categoria 3) | personale docente inviato in missione o viaggio di servizio per conto del MAECI; |
|--------------|--|

Certificato 3 – personale a carico dell'Unità di Crisi
--

- | | |
|--------------|---|
| Categoria 4) | personale dell'Arma dei Carabinieri in servizio presso l'Unità di Crisi e collaboratori civili, inviati in missione dall'unità di Crisi per conto del MAECI |
|--------------|---|

Gli assicurati possono essere anche di nazionalità diversa da quella Italiana

Le trasferte potranno essere di due tipi:

- A) Brevi, ovvero fino a 90 giorni continuativi (**opzione migliorativa fino 120 giorni continuativi**)
- B) Lunghe, ovvero oltre 90 giorni continuativi (**opzione migliorativa oltre 120 giorni continuativi**)

Art. 3 - Ambito di operatività del contratto

La copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato lascia la sua abitazione o il luogo di lavoro, qualsiasi cosa accada per ultima, e prosegue per la durata del viaggio, fino al ritorno alla sua abitazione o sul luogo di lavoro, qualsiasi cosa accada per prima.

La Società si impegna ad assicurare tutti gli aventi diritto senza preventiva comunicazione dei nominativi in partenza.

Art. 4 – Limiti di età

L'assicurazione è operante per le persone fino a 70 (settanta) anni di età e prima del compimento di 71

(settantuno) anni di età.

Tuttavia, per gli Assicurati che raggiungano tale età (71anni) nel corso della missione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino al rientro o cessazione della missione stessa.

Art. 5 – Esclusioni comuni a tutte le sezioni

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- a) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- b) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o “de facto”) o altra autorità nazionale o locale;
- c) missione intrapresa contro il consiglio, il divieto o la limitazione (anche temporanea) dell’Autorità governativa del Paese di residenza dell’Assicurato o dell’Autorità pubblica competente del Paese di destinazione del viaggio, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l’utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- d) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- e) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- f) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell’aria, dell’acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- g) dolo o colpa grave dell’Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- h) atti illegali posti in essere dall’Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- i) errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- j) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- k) malattie psichiche;
- l) stati di gravidanza oltre la 26a settimana;
- m) suicidio o tentativo di suicidio;
- n) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- o) guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- p) cyber risk.
- q) fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 6 – Spese Mediche

Nel limite dei massimali per Assicurato, indicati nell'Art. 7. della sezione spese mediche, verranno prese in carico dalla Società o rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante la trasferta, per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, conseguenti a infortunio o malattia, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

Verranno rimborsate o prese in carico dalla Società:

- le spese di ricovero in istituto di cura;
- le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- le spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciati);
- le spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia

-
- od infortunio denunciati);
 - le spese per cure dentarie urgenti;

Le spese mediche sostenute al rientro dalla trasferta per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di € 50.000,00, purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro.

Si intendono incluse malattie epidemiche e pandemiche diagnosticate come, ad esempio, il Covid-19. Si intendono, inoltre, inclusi i sinistri derivanti da atti di guerra e terrorismo, sempreché l'assicurato non vi abbia preso parte attivamente.

Art. 7 – Massimali e Franchigie

Tipo di spesa	Massimali
Tutte le spese mediche, compreso il trasporto	€ 250.000,00
Limite rette di degenza	€ 250,00 al giorno
Rimborso delle spese sostenute al rientro dalla trasferta	€ 50.000,00

Nessun rimborso spetta quando la spesa accertata sia inferiore o uguale a € 100,00.

Le spese accertate maggiori di € 100, verranno liquidate, nel limite del capitale previsto, senza alcuna deduzione.

Relativamente ai ricoveri, è previsto un sottolimito per le rette giornaliere di degenza di € 250.

Art. 8 – Esclusioni specifiche per la sezione Spese Mediche (ad integrazione dell'art. 5 Esclusioni comuni)

La Società non prende in carico gli eventi e/o le spese derivanti o conseguenti da:

- a) organizzazione diretta o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa nel solo caso di Ricovero Ospedaliero, compreso il Day Hospital (salvo i casi di urgenza nei quali l'assicurato sia stato impossibilitato a contattare la Centrale Operativa);
- b) viaggio intrapreso contro il consiglio medico o, comunque, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- c) malattie croniche e patologie preesistenti. **Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili, che richiedano trattamento urgente, di malattie croniche e patologie preesistenti al viaggio;**
- d) interruzione volontaria della gravidanza, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- e) cure riabilitative;
- f) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- g) prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, dimagranti o termali e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite;
- h) visite di controllo eseguite successivamente al rientro al proprio domicilio, per situazioni conseguenti a malattie iniziate in missione;
- i) espunti e/o trapianti di organi;
- j) partecipazione a competizioni sportive e relative prove, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- k) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni

sportive e senza i criteri di sicurezza previsti, atti di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta.

1)

Tutte le prestazioni non sono, altresì, dovute:

1. nel caso in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero:
 - si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale egli si trova ricoverato;
 - l'Assicurato o chi per esso volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario.
2. al neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del viaggio, anche in caso di parto prematuro.

SEZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 9 – Assistenza alla persona

L'erogazione delle prestazioni è soggetta alle eventuali limitazioni e provvedimenti imposti dalle Autorità competenti nazionali o internazionali.

La Società si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di malattia, infortunio o di un evento fortuito.

la Centrale Operativa, organizza ed eroga previo contatto telefonico le seguenti prestazioni:

- A. CONSULENZA MEDICA TELEFONICA: servizio di assistenza medica qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici. Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste;
- B. INTERPRETE TELEFONICO a disposizione per favorire il contatto tra i medici curanti sul posto e l'Assicurato degente in ospedale. La Società organizza il servizio in inglese, francese, spagnolo e tedesco prendendo a proprio carico la spesa fino alla concorrenza di € 700,00;
- C. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali
- D. INVIO DI UN MEDICO al fine di fornire:
 - consulto o supporto ai medici curanti locali, anche per la gestione in loco del caso clinico;
 - organizzare, ove si renda necessario, il Rientro Sanitario dell'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il costo dei biglietti di viaggio del medico, andata e ritorno; il costo totale di utilizzo del medico, qualora si renda necessario il Rientro Sanitario;
 - i primi 4 giorni di utilizzo del medico nei casi in cui l'intervento si concluda con cure od ospedalizzazione in loco.

La presente prestazione sarà erogata ad insindacabile giudizio dei medici della Centrale Operativa, considerate le condizioni del paziente e del luogo o centro di ospedalizzazione in cui si trova.

- E. VIAGGIO DI UN FAMILIARE per recarsi dall'Assicurato ricoverato in ospedale con una prognosi di degenza superiore a 7 giorni. La Società tiene a proprio carico: un biglietto di andata e ritorno e le spese di soggiorno [pernottamento e prima colazione] nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni consecutivi;
- F. SPESE DI PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO: nel caso in cui lo stato di salute dell'Assicurato, pur non giustificando né il ricovero ospedaliero né il rientro sanitario organizzato, non gli consenta, a seguito di certificazione medica, di intraprendere il viaggio di

rientro alla scadenza prevista, la Società tiene a proprio carico le spese di albergo [pernottamento e prima colazione] fino ad un importo massimo di € 200,00 al giorno per un massimo di sette giorni successivi alla data stabilita per il rientro;

- G. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE al proprio domicilio o alla sua residenza, alla data e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto. La Società organizza e prende a proprio carico le spese di rientro e mette a disposizione un'assistenza medica o infermieristica, se richiesta dalle condizioni di salute dell'Assicurato.

Il servizio di rientro è garantito anche in caso di malattie infettive, incluso il COVID-19, nei limiti consentiti dalle norme sanitarie nazionali ed internazionali;

- H. TRASPORTO – RIENTRO SANITARIO DELL'ASSICURATO E DELL'EVENTUALE ACCOMPAGNATORE

- dal centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero ad un centro medico meglio attrezzato;
- dal centro medico alla residenza o domicilio dell'Assicurato.

In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e a insindacabile giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto avverrà per mezzo di:

- aereo sanitario;
- aereo di linea;
- vagone letto;
- cuccetta 1° classe;
- autoambulanza;
- altro mezzo ritenuto idoneo.

Durante il trasporto, se necessario, l'Assicurato sarà assistito da medici e/o infermieri. Tutti i costi sono a carico della Società.

Il servizio di trasporto è garantito anche in caso di malattie infettive, incluso il COVID-19, nei limiti consentiti dalle norme sanitarie nazionali ed internazionali;

- I. RIMPATRIO DELLA SALMA fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. La Società si incarica dell'adempimento di tutte le formalità sul posto, in conformità con le norme internazionali, e tiene a proprio carico:

- le spese di trasporto e di inumazione fino a € 20.000,00. Sono escluse le spese funerarie e dell'eventuale recupero della salma;
- il costo, fino a € 1.000,00, del biglietto di viaggio di andata e ritorno di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento;
- le spese di pernottamento della prima notte di un familiare presso la struttura alberghiera più vicina al luogo dell'evento;

- J. TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA. La Società provvede, su esplicita richiesta dell'Assicurato, a tradurre la cartella clinica. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico della Società dall'inglese, francese, tedesco e spagnolo all'italiano ed esclusivamente con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 679/2016 e ulteriori normative in materia di Privacy;

- K. INFORMAZIONI SANITARIE. La Società, in caso di trasporto/rientro sanitario, per permettere un adeguato raccordo anamnestico, fornisce ai medici curanti del Centro medico di destinazione le informazioni sanitarie in suo possesso

- L. SPESE DI RICERCA E SOCCORSO, in caso di infortunio o malattia, fino ad un importo massimo di € 10.000, purché le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale

- M. INVIO MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO La Centrale Operativa provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, infortunio o di malattia, all'inoltro a destinazione di medicinali indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

Art. 10 – Esclusioni specifiche per la garanzia Assistenza (ad integrazione dell'art. 5 Esclusioni comuni)

La Società, oltre a quanto previsto all'art. 5, non prende in carico gli eventi conseguenti o determinati, direttamente ed indirettamente da:

- a) organizzazione diretta o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, di tutte le prestazioni di assistenza previste;
- b) viaggio intrapreso contro il consiglio medico o, comunque, con patologie in fase acuta o allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- c) interruzione volontaria della gravidanza, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- d) prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, dimagranti o termali e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite;
- e) ricerche o soccorsi in mare o in montagna;
- f) partecipazione a competizioni sportive e relative prove, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- g) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti, atti di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta.

Tutte le prestazioni non sono, altresì, dovute:

- 1) nel caso in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa ovvero:
 - si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale egli si trova ricoverato;
 - l'Assicurato o chi per esso volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza, garantendo il rimborso delle ulteriori spese ospedaliere e chirurgiche fino all'importo corrispondente al costo del trasporto/rientro sanitario rifiutato;
- 2) al neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del viaggio, anche in caso di parto prematuro.

SEZIONE II – CONDIZIONI GENERALI E PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Durata e proroga della presente Polizza Convenzione

La presente Polizza Convenzione ha durata di tre anni e sei mesi, così composti: il primo periodo dal 30.06.2022 al 01.01.2023 e poi periodi di rinnovo annuale tacitamente prorogati fino alle ore 00.00 del 01.01.2026, con cessazione automatica alla scadenza del 01.01.2026 senza obbligo di disdetta da ambo le Parti.

La stazione appaltante si riserva di richiedere, con preavviso di 90 giorni, il rinnovo del servizio per ulteriori 12 mesi alle medesime condizioni, contrattuali ed economiche, che la Società si impegna a garantire fino al 01.01.2027.

È, inoltre, facoltà del MAECI richiedere per un ulteriore anno (fino al 01.01.2028) la prosecuzione del servizio, con preavviso di 210 giorni. La Società si impegna, entro 180 giorni dalla scadenza, a comunicare al MAECI l'accettazione o il rifiuto della richiesta.

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

È facoltà del Contraente, con preavviso non inferiore a 30 giorni antecedenti la naturale scadenza, richiedere alla Società una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento od al completamento delle procedure di aggiudicazione della nuova polizza. La Società si impegna a prorogare in tal caso l'assicurazione alle medesime condizioni contrattuali ed economiche per un periodo massimo di 6 mesi decorrenti dalla scadenza ed il relativo rateo di premio conteggiato in pro-rata temporis verrà corrisposto dal Contraente entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Anche per questo caso resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste al successivo art. 4 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 24.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Art. 2 - Determinazione del Premio e decorrenza della copertura

Il premio verrà calcolato:

- 1) Per le trasferte di cui alla categoria A (brevi) in base al numero di giornate.
Il totale delle giornate previste è indicato nella Sezione III
Il premio per singola giornata viene convenuto in €.... al lordo dell'imposta vigente
- 2) Per le trasferte di cui alla categoria B (lunghe) in base al numero di persone
Il numero di persone che effettuano trasferte di lunga durata è indicato nella sezione III
Il premio per persona viene convenuto in €.... al lordo dell'imposta vigente

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato in polizza, ancorché il premio venga versato entro i 120 giorni successivi. Ai fini del versamento del premio farà fede il giorno della trasmissione dell'ordinativo di pagamento all'Ufficio Centrale di Bilancio del MAECI.

Il pagamento dei premi successivi alla prima annualità andrà effettuato nei 90 giorni successivi al ricevimento, da parte del Contraente, delle apposite appendici emesse dalla Società, ove ritenute

corrette.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa, per le sole categorie rientranti nelle Sezioni per le quali il premio non è stato pagato, dalle ore 24.00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

È data facoltà al Contraente di ottenere un'estensione per un massimo di ulteriori 90 giorni, da richiedersi per iscritto, in caso di non immediata disponibilità dei fondi in bilancio o di altra difficoltà tecnica.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 90 (novanta) giorni dalla data di ricezione, da parte del Contraente, del relativo documento correttamente emesso dalla Società. Anche per questi casi resta convenuto che si applicano tutte le condizioni e le modalità di pagamento previste dal presente articolo, restando altresì inteso che l'assicurazione decorre, con copertura immediata, dalle ore 00.00 del giorno indicato nel documento di variazione.

Ai sensi dell'art. 48 e 48 bis del D.P.R. 602/1973 la Società da atto che:

- l'Assicurazione conserva la propria validità anche durante il decorso delle eventuali verifiche effettuate dal Contraente ai sensi del D.M. MEF 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 c.c. nei confronti della Società stessa, che si impegna a ritenere il rischio di cui trattasi in copertura.

L'Assicurazione è altresì operante fino al termine delle verifiche e dei controlli che il Contraente deve effettuare in capo all'aggiudicatario della presente polizza circa il possesso di tutti i requisiti di partecipazione richiesti nel bando e nel disciplinare di gara, nonché quelli richiesti dalle vigenti disposizioni normative per la stipula dei contratti con le Pubbliche Amministrazioni, ex artt. 32 e 33 del D.Lgs. 50/2016 e ss.mm.ii., anche qualora dette verifiche e controlli eccedessero temporalmente rispetto ai termini di mora previsti nel presente articolo in relazione al pagamento della prima rata.

In conformità a quanto previsto dalla legge n. 136/2010, il Contraente, la Società, il Broker e l'eventuale Corrispondente di Compagnie di Assicurazione estere autorizzate ad operare sul territorio italiano assumono tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla citata legge, con particolare riferimento alle disposizioni contenute all'art. 3, commi 8 e 9.

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

Il pagamento del premio avverrà in rate annuali anticipate che saranno corrisposte con le modalità sopra indicate mantenendo nel frattempo inalterata l'efficacia della copertura.

Art. 3 - Regolazione del Premio

Poiché il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto nella Sezione III della presente polizza, ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari per il conteggio del premio consuntivo.

La Società entro 20 giorni calcola il premio effettivamente dovuto sulla base delle variazioni del dato

variabile comunicate dal Contraente in sede di regolazione ed invia una appendice di polizza per ciascun certificato, di cui alla Sezione I:

- un'Appendice per le Categorie di cui al Certificato 1 - DGRI;
- un'Appendice per le Categorie di cui al Certificato 2 - DGDP;
- un'Appendice per le Categorie di cui al Certificato 3 – UNITA' DI CRISI;

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 90 giorni successivi al ricevimento, da parte del Contraente, delle apposite appendici di regolazione emesse dalla Società, ove ritenute corrette, secondo le modalità di cui all'art. 2 della presente Sezione.

Le differenze passive verranno detratte da quanto dovuto dal Contraente sulla base dell'appendice di rinnovo annuale relativa all'annualità in corso al momento della regolazione.

Se il Contraente non effettua la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta nei termini prescritti, la Società deve fissargli, mediante atto formale di messa in mora, un ulteriore termine non inferiore a 30 giorni dandone comunicazione scritta. Trascorso detto termine, la Società avrà diritto di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata o P.E.C., la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società deve fissargli lo stesso termine di 30 giorni, trascorso il quale essa avrà diritto di agire giudizialmente.

La Società ha facoltà di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Si conviene, tuttavia, tra le parti che non si darà luogo alla regolazione premio di cui al presente articolo qualora i calcoli di cui ai commi precedenti comportino una variazione del premio totale, dovuto in aumento o in diminuzione, inferiore al 10% rispetto al premio di deposito stabilito alla decorrenza del periodo assicurativo cui si riferisce la regolazione.

Art. 4 - Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente e costituiscono parte del premio assicurativo lordo corrisposto dal Contraente stesso.

Art. 5 - Modifiche Polizza

Le eventuali modifiche alla presente polizza, nei limiti consentiti dalla vigente normativa, debbono essere concordate tra le parti e approvate per iscritto.

La Società si impegna a fornire tempestivamente concreti elementi di riscontro in merito ad eventuali esigenze che le vengano segnalate dal Contraente.

Art. 6 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere effettuate a mezzo posta elettronica.

Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Per ogni richiesta di assistenza, l'Assicurato o chi per esso deve contattare immediatamente la Centrale Operativa fornendo:

- dati anagrafici
- codice fiscale
- numero della presente polizza
- tipo di intervento richiesto
- recapito temporaneo

inoltre: in caso di ricovero ospedaliero:

- dati dell'Ospedale (nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente)

- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.
- recapito dell'Assicurato in missione e/o del familiare convivente.

In caso di richiesta di rimborso di spese mediche direttamente sostenute, l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società, mediante strumenti informatici a tal fine predisposti, specificando:

- circostanze dell'evento;
- dati anagrafici e recapito;
- numero di polizza;
- codice fiscale;
- nome e codice fiscale del titolare del conto corrente e codice IBAN.

Allegando, inoltre:

- certificazione medica o documentazione attestante l'evento
- copia delle spese effettivamente sostenute.

Art. 8 - Criteri di liquidazione dei sinistri

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, entro 30 giorni dalla presentazione completa della documentazione richiesta.

Su richiesta e ad insindacabile giudizio dell'Assicurato, da rivolgere all'ufficio reclami, verrà applicata una penale di € 100 al giorno a partire dal trentunesimo giorno solare (o in base alla tempistica indicata in sede di offerta tecnica) dalla data della richiesta di rimborso correttamente istruita. La penale verrà corrisposta per il 50% all'Assicurato e per il 50% alla Contraente.

Il rimborso per la parte spettante all'Assicurato avviene mediante accredito sul conto corrente bancario dello stesso, mentre per la parte spettante al MAECI potrà essere corrisposta su richiesta della stessa Amministrazione tramite compensazione in sede di regolazione.

Art. 9 - Controversie

In caso di controversie, la quantificazione del danno sarà effettuata dalla Società mediante accordo diretto con l'Assicurato in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale della Società. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Art. 10 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società si obbliga a fornire al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale per il tramite del Broker, con cadenza semestrale, ed entro 30 (trenta) giorni dal periodo di osservazione un tabulato riepilogativo dei sinistri denunciati specificando per ognuno:

- numero del sinistro della Società
- garanzia interessata
- data di accadimento
- stato del sinistro (“in trattativa”, “liquidato”, “chiuso senza seguito”)
- indicazione della motivazione di reiezione
- importo a riserva

- importo liquidato e data della liquidazione

Nel tabulato riepilogativo di fine annualità assicurativa l'Impresa indicherà, sempre entro 30 giorni dalla fine del periodo:

- numero totale dei sinistri “a riserva” /” liquidati” / ”senza seguito”
- importo totale “liquidato”, “a riserva”, suddiviso per garanzia
- importo totale “liquidato”, “a riserva”.

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere ed ottenere un aggiornamento con le modalità di cui sopra in date diverse da quelle indicate o in date successive alla scadenza del 01.01.2028. Tali obblighi sussistono anche nel caso di recesso anticipato da parte della Società o del Contraente e decorrono dalla data di notifica del recesso.

Art. 11 - Altre Assicurazioni

Gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo previsto dall'art. 1910 del Codice Civile di denunciare alla Società le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero con altre Società. L'eventuale coesistenza di altre polizze che assicurino gli stessi rischi non ha influenza sulla presente assicurazione, il cui indennizzo viene in ogni caso liquidato nella misura stabilita in polizza.

Art. 12 – Buona Fede

L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo. Rimane fermo il diritto della Società, una volta venuta a conoscenza di circostanze aggravanti, che comportino un premio maggiore, di richiedere la relativa modifica delle condizioni in corso (aumento del premio con decorrenza dalla data in cui le circostanze aggravanti siano venute a conoscenza della Società o, in caso di sinistro, conguaglio del premio per l'intera annualità in corso).

Art. 13 - Recesso in caso di sinistro

Non è ammesso il recesso della Società dalla presente Polizza Convenzione o da garanzia di singoli rischi o parti dell'assicurazione, a seguito di ogni sinistro.

Art. 14 - Interpretazione del contratto

In caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale e all'assicurato di quanto contemplato dalle condizioni di assicurazione.

La Società si impegna a riscontrare eventuali quesiti interpretativi che le vengano sottoposti dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale entro 5 (cinque) giorni lavorativi.

Art. 15 – Clausola Broker

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale ed i singoli Contraenti dichiarano di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.A., in qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i. e del contratto repertorio n. 2996 del 03.04.2017.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società da atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal Contraente stesso.

La Società inoltre riconosce che il pagamento dei premi sia effettuato tramite il Broker sopra designato, con le eccezioni previste dall'art. 10 del contratto sopra menzionato. Ai sensi della

normativa vigente si precisa che, con riferimento all'art. 118 del D.Lgs. 209/2005 ed all'art. 55 del Regolamento ISVAP n. 05/2006, il Broker è autorizzato ad incassare i premi per conto della Società. In applicazione del 1° comma del predetto art. 118, resta intesa l'efficacia liberatoria del pagamento dei premi del Contraente al Broker.

La Società riconosce che la provvigione del Broker è a proprio carico.

Il servizio del Broker è remunerato dalla Società, in conformità alla prassi di mercato, nella misura del 4% da applicarsi ai premi imponibili della presente polizza.

Si prende altresì atto che qualora venga meno nel corso della validità della presente polizza il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il broker Aon S.p.A., il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del servizio di intermediazione assicurativa, che gestirà la presente polizza alle medesime condizioni giuridiche ed economiche fino alla scadenza naturale della stessa, e la Società ne prenderà atto con l'emissione di apposita Appendice di polizza.

Art. 16 - Foro competente

Le controversie relative alla presente Polizza Convenzione sono devolute alla giurisdizione esclusiva del **Foro di Roma**.

Art. 17 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 18 – Tracciabilità dei flussi

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, la Società e il Broker assumono, per la gestione del presente contratto, gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi dell'art. 3 della Legge del 13 agosto 2010 n. 136.

Art. 19 – Sanzioni internazionali

La Società non è tenuta a fornire alcuna copertura o a disporre alcun risarcimento ai sensi del presente contratto, qualora ciò implichi qualsiasi tipo di violazione di legge o regolamento in materia di sanzioni internazionali, che esponga la Società, la sua capogruppo o le sue controllante a qualsiasi violazione delle leggi e dei regolamenti in materia di sanzioni internazionali

Art. 20 - Coassicurazione e delega

In deroga all'art. 1911 del Codice Civile, qualora l'Assicurazione sia divisa per quote diverse fra Società Coassicuratrici, in caso di sinistro la Delegataria sarà tenuta ad assolvere, in ogni caso, direttamente e per l'intero tutte le obbligazioni contrattuali assunte nei confronti del Contraente e/o degli aventi diritto, inclusa la liquidazione per l'intero importo dei sinistri. E' esclusa ogni responsabilità solidale fra le Società Coassicuratrici.

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto ad Aon S.p.A. e le Società hanno convenuto di affidare la delega alla Società Delegataria indicata in esso; di conseguenza tutti i rapporti inerenti la presente Assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dalla Aon S.p.A. la quale tratterà con la Delegataria.

In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il Contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, debbono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite dell'impresa all'uopo designata quale coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le coassicuratrici.

Ogni modifica del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta impegna ciascuna di esse dopo la firma dell'atto relativo, anche da parte della sola Delegataria.

Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di gestione compiuti dalla Delegataria per conto comune, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato nei confronti di ciascuna Società.

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

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

Il dettaglio dei capitali assicurati, dei premi, accessori e imposte, spettanti a ciascuna Coassicuratrice, risulta dall'apposito prospetto allegato alla presente Polizza Convenzione.

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

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

Art. 21 - Disposizione Finale

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le Condizioni di Assicurazione riportate nel presente Capitolato speciale di gara, CIG 9178995A4A.

La firma apposta dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale su moduli a stampa forniti dalla Società vale solo quale presa d'atto del premio e della eventuale ripartizione del rischio tra le Società partecipanti al RTI o alla coassicurazione.

SEZIONE III – CERTIFICATI PER RAGIONE SOCIALE

CERTIFICATO 1 – DGRI

		Premio per giornata	Premio annuo
Missioni BREVI	7.500 giornate		

		Premio per persona	Premio annuo
Missioni LUNGHE	20 persone		

CERTIFICATO 2 – DGDP

		Premio per giornata	Premio annuo
Missioni BREVI	500 giornate		

CERTIFICATO 3 – UDC

		Premio per giornata	Premio annuo
Missioni BREVI	0 giornate		

VARIANTI TECNICHE MIGLIORATIVE AL LOTTO N. 4

Polizza convenzione per prestazioni sanitarie, garanzie di assistenza e rimborso spese mediche urgenti in caso di malattia o infortunio e per il trasferimento dell'infermo e dell'eventuale accompagnatore, a favore del personale inviato in missione per conto del MAECI in Stato o territorio diverso da quello della sede di servizio, nel quale non è erogata l'assistenza sanitaria in forma diretta.

Le imprese offerenti hanno facoltà di variare il presente Capitolato di polizza **esclusivamente** inserendo le varianti di seguito riportate.

Si precisa che, **a pena di esclusione dalla gara**, non saranno accettate varianti diverse e/o ulteriori da quelle di seguito riportate, né la sostituzione del Capitolato, o parti dello stesso con altro testo proposto dagli offerenti.

Elenco Varianti applicabili al Lotto n. 4:
Punti Max = 70 punti

Variante n. 1	
	Con riferimento all'Art 2 della Sezione 1 del Capitolato "Persone assicurabili" le trasferte saranno così classificate A) BREVI fino a 120 giorni continuativi B) LUNGHE oltre 120 giorni continuativi
Punteggio assegnato: 30 punti	

Variante n. 2	
	Con riferimento all'art. 7 della sezione I ("Massimali e franchigie"), il massimale per "tutte le spese mediche, compreso il trasporto" , prese in carico dalla società si intende ILLIMITATO, fermi i limiti indicati nel medesimo articolo.
Punteggio assegnato: 25 punti	

Variante n. 3	
	La Società mette a disposizione degli Assicurati un'Applicazione Mobile che preveda almeno: - Accesso diretto alla Centrale Operativa - Servizi di informazione legati alla trasferta
Punteggio assegnato: 15 punti	