



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

Copertura assicurativa dei rischi di morte, invalidità permanente e altre gravi menomazioni, causate da atti di natura violenta, compresi gli atti terroristici, o da eventi calamitosi di origine naturale o antropica, a favore del personale assegnato in servizio o inviato in missione all'estero dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, ai sensi dell'art. 211, comma 5, del D.P.R. 18/1967

C.I.G. 9054388D56

Periodo 30.6.2022 – 01.01.2026
che con eventuali rinnovi può arrivare al 01.01.2028

Capitolato speciale
Lotto 1

<p align="center">CAPITOLATO POLIZZA DI ASSICURAZIONE INFORTUNI CUMULATIVA</p>

COPERTURA ASSICURATIVA DEI RISCHI DI MORTE, INVALIDITÀ PERMANENTE E ALTRE GRAVI MENOMAZIONI, CAUSATE DA ATTI DI NATURA VIOLENTA, COMPRESI GLI ATTI TERRORISTICI, O DA EVENTI CALAMITOSI DI ORIGINE NATURALE O ANTROPICA, A FAVORE DEL PERSONALE ASSEGNATO IN SERVIZIO O INVIATO IN MISSIONE ALL'ESTERO DAL MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE, AI SENSI DELL'ART. 211, COMMA 5, DEL DPR 18/1967

La presente polizza è stipulata 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 5 del D.P.R. 18/1967, così come modificato dalla Legge n. 106 del 23 luglio 2021, prevede che: "Il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale e' autorizzato a stipulare, in favore del personale di ruolo in servizio o inviato in missione all'estero, una o piu' polizze assicurative che coprono i rischi di morte, di invalidità permanente o di altre gravi menomazioni, causati da atti di natura violenta o da eventi calamitosi di origine naturale o antropica occorsi all'estero. Le polizze prevedono un massimale di copertura non inferiore a 1 milione di euro in caso di morte e sono estese anche ai familiari a carico, purché' effettivamente conviventi nella stessa sede del dipendente";

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 1

DEFINIZIONI E DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1	Definizioni	pag.	5
Art. 2	Delimitazione dell'assicurazione	pag.	6

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1	Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	pag.	8
Art. 2	Assicurazione presso diversi Assicuratori	pag.	8
Art. 3	Durata del contratto	pag.	8
Art. 4	Pagamento del premio e decorrenza della garanzia	pag.	9
Art. 5	Adeguamento annuale del premio	pag.	10
Art. 6	Regolazione del premio	pag.	10
Art. 7	Recesso a seguito di sinistro	pag.	11
Art. 8	Modifiche dell'assicurazione	pag.	11
Art. 9	Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società	pag.	11
Art. 10	Oneri fiscali	pag.	12
Art. 11	Foro competente	pag.	12
Art. 12	Interpretazione del contratto	pag.	12
Art. 13	Titolarità dei diritti nascenti dal contratto	pag.	12
Art. 14	Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio	pag.	12
Art. 15	Riassicurazione	pag.	12
Art. 16	Coassicurazione	pag.	13
Art. 17	Clausola Broker	pag.	13
Art. 18	Corrispondente Lloyd's	pag.	14
Art. 19	Rinvio alle norme di legge	pag.	14

SEZIONE 3

RISCHI COPERTI

Art. 1	Oggetto dell'assicurazione	pag.	15
Art. 2	Rimborso spese mediche	pag.	15
Art. 3	Rimpatrio salma	pag.	16
Art. 4	Danni estetici	pag.	16
Art. 5	Rischio aeronautico	pag.	16
Art. 6	Morte del dipendente con figli a carico	pag.	16
Art. 7	Commorienza	pag.	16
Art. 8	Commorienza e figli a carico	pag.	17

SEZIONE 4

ESCLUSIONI

Art. 1	Esclusioni	pag.	18
Art. 2	Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili	pag.	18

SEZIONE 5

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1	Denuncia del sinistro e relativi obblighi	pag.	19
Art. 2	Criteri di indennizzabilità	pag.	19

Art. 3	Controversie	pag.	20
Art. 4	Liquidazione dell'indennità	pag.	21
Art. 5	Rinuncia all'azione di surroga	pag.	21

SEZIONE 6

CERTIFICATO 1 - CATEGORIE ASSICURATI UFFICI VIII E VI DGRI, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1	Categorie assicurati e capitali/massimali	pag.	22
Art. 2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione	pag.	24
Art. 3	Calcolo del premio per le categorie F e G	pag.	26
Art. 4	Riparto di coassicurazione	pag.	26

SEZIONE 7

CERTIFICATO 2 - CATEGORIE ASSICURATI UFFICIO V DGDP, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1	Categorie assicurati e capitali/massimali	pag.	27
Art. 2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione	pag.	28
Art. 3	Riparto di coassicurazione	pag.	29

SEZIONE 8

CERTIFICATO 3 - CATEGORIE ASSICURATI UNITÀ DI CRISI, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1	Categorie assicurati e capitali/massimali	pag.	30
Art. 2	Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione	pag.	30
Art. 3	Riparto di coassicurazione	pag.	31

DISPOSIZIONE FINALE

pag. 32

VARIANTI TECNICHE MIGLIORATIVE AL LOTTO 1

pag. 33

SEZIONE 1

DEFINIZIONI E DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Definizioni

Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Polizza:	Il documento che prova l'assicurazione.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'assicurazione riportato nel frontespizio della presente polizza, ovvero il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.
Assicurato:	La persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Beneficiario:	In caso di morte gli eredi legittimi o testamentari o i beneficiari designati, in tutti gli altri casi l'assicurato stesso.
Società:	L'impresa assicuratrice nonché le coassicuratrici.
Broker:	La Aon S.p.a incaricata dal Contraente della gestione ed esecuzione del contratto, riconosciuto dalla Società, o l'eventuale altro soggetto che dovesse subentrarvi in qualità di intermediario assicurativo.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio:	La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Franchigia:	La parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Scoperto:	La parte percentuale di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.
Annualità assicurativa o periodo assicurativo:	Il periodo pari o inferiore a 12 mesi compreso tra la data di effetto e la data di scadenza o di cessazione dell'assicurazione.
Infortunio:	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, compresi gli eventi calamitosi di origine naturale o antropica, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente e/o gravi menomazioni e/o una malattia che comporti conseguentemente morte o invalidità permanente e/o gravi menomazioni.
Malattia:	Per malattia si intende un'alterazione dello stato di salute che produce necessità di cure.
Invalidità permanente:	La diminuita capacità o la perdita definitiva ed irrimediabile della capacità generica ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.
Inabilità temporanea:	La perdita temporanea in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali dichiarate.
Atti di natura violenta :	Tutti i comportamenti commissivi od omissivi siano essi dolosi o colposi suscettibili di recare danno a persone o a cose quali, a titolo esemplificativo e non limitativo: tumulti popolari e sommosse, sabotaggi, azioni militari condotte sia da forze regolari che da forze irregolari o insurrezionali, guerre, ostilità, invasioni, rivoluzioni, ribellioni, insurrezioni, terrorismo, atti vandalici e dolosi in genere,

	rapine, estorsioni e reati contro persone e patrimonio, omicidio stradale.
Terrorismo	Atto o serie di atti posti in essere da persone o gruppi di persone per ragioni politiche, religiose, ideologiche, etniche o similari con il preciso scopo di influenzare i governi e/o di intimidire una popolazione o parte di essa; a costringere ingiustamente un governo o un'organizzazione internazionale a compiere oppure ad astenersi dall'eseguire una determinata azione; alla destabilizzazione o alla distruzione delle fondamenta politiche, costituzionali, economiche o delle strutture sociali di uno stato o di un'organizzazione internazionale. Il terrorismo può includere, a titolo esemplificativo e non limitativo, l'effettivo uso o anche la semplice minaccia dell'uso di forza o violenza. Chi ponga effettivamente in essere l'atto terroristico può agire da solo o anche per conto di o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo.
Eventi calamitosi	Con eventi calamitosi si intendono tutti gli eventi catastrofici, sia con origine naturale che antropica, come piogge, alluvioni, inondazioni, uragani, terremoti, crolli, incendi, incidenti di mezzi di trasporti collettivi, frane, grandine, nevicate o anche eruzioni vulcaniche.
NBC	Sostanze nucleari, biologiche e chimiche utilizzate come armi o come elementi lesivi in genere.
Sostanze biologiche :	Qualsiasi micro-organismo patogeno (causante malattia) e/o tossina prodotta biologicamente (inclusi organismi geneticamente modificati e tossine sintetizzate chimicamente) che sia in grado di causare la morte o l'invalidità di persone o animali.
Sostanze nucleari :	Elementi, particelle, atomi o materiali derivanti da emissione, scarica, dispersione, liberazione o fuga di materiale radioattivo che emetta un livello di radiazioni tramite ionizzazione, fissione, fusione, scissione o stabilizzazione di detti elementi, particelle, atomi o materiali.
Sostanze chimiche :	Qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, se opportunamente diffuso, sia in grado di causare la morte o l'invalidità di persone o animali.
Istituto di cura:	Ospedale, clinica, casa di cura, sia pubblici che privati.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Massimale per sinistro	La massima esposizione della Società per sinistro.
Familiare	Coniuge del dipendente assicurato o parte unita con esso in un'unione civile ai sensi della L. 20 maggio 2016, n. 76, nonché i figli, purché siano a carico ed effettivamente conviventi nella stessa sede del dipendente.

Art. 2 – Delimitazione dell'assicurazione

La presente Convenzione viene stipulata per le Divisioni DGRI, DGDP e Unità di Crisi del MAECI a favore di tutte le categorie, riportate nei rispettivi Certificati nelle successive Sezioni 6, 7 e 8, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa ai sensi dell'art.

211, comma 5, del D.P.R. 5 gennaio 1967 n.18, così come modificato della legge 23 luglio 2021 n. 106, ovvero il personale di ruolo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale e della Pubblica Amministrazione in genere, assegnato in servizio o inviato in missione all'estero da detto Ministero, nonché i relativi familiari conviventi. La copertura assicurativa vale altresì per il personale di cui alla categoria F e G, ovvero il personale a contratto ex art. 152 e ss. del DPR 18/1967, che aderisca alla polizza con oneri a proprio carico, nonché per i relativi familiari conviventi.

La polizza vale esclusivamente per gli infortuni subiti dagli Assicurati a causa o in occasione di atti di natura violenta, compresi gli atti terroristici, e di eventi calamitosi di origine naturale o antropica occorsi all'estero.

La polizza opera in tutti Paesi del mondo, compresi gli accreditamenti secondari.

Per le categorie di assicurati identificati alle Sezioni 6 (ad esclusione delle categorie F e G), 7 e 8 il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Per le categorie di assicurati identificati alle Sezioni 6, 7 e 8 il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente Convenzione si intende operante per infortuni occorsi in tutti i Paesi del mondo, nonché durante i viaggi di trasferimento per e da tali Paesi dal luogo di dimora anche occasionale dell'Assicurato o dal luogo di servizio e viceversa, durante le missioni e i viaggi di servizio, con qualsiasi mezzo effettuati e ovunque nel Mondo.

SEZIONE 2

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

A parziale deroga degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., l'omissione, incompletezza o inesattezza della dichiarazione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, durante il corso della validità della presente polizza così come all'atto della sottoscrizione della stessa, non pregiudicano il diritto all'indennizzo, sempreché tali omissioni, incomplete o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo del Contraente.

Il Contraente deve comunicare alla Società ogni aggravamento del rischio, fatto salvo quanto previsto all'art. 2 della Sezione 1 e all'art. 6 della presente Sezione 2. La Società ha il diritto di percepire la differenza di premio corrispondente al maggior rischio a decorrere dal momento in cui la circostanza si è verificata.

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

Il Contraente e l'Assicurato sono esentati da qualsiasi obbligo di dichiarare i sinistri che avessero colpito polizze da loro sottoscritte a copertura dei medesimi rischi precedentemente la stipulazione della presente polizza di assicurazione.

Art. 2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il presente contratto di assicurazione s'intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti e da quelle eventuali future. Il Contraente è inoltre esonerato dal denunciare le assicurazioni a favore dei propri dipendenti a cui fosse tenuto per legge o per disposizioni aventi comunque carattere obbligatorio, delle quali la presente costituisce un complemento, pur essendo completamente separata ed indipendente.

Il Contraente e l'Assicurato sono inoltre esentati dall'obbligo di comunicare all'atto della stipula l'esistenza di altre assicurazioni stipulate da loro stessi o da altri a copertura degli stessi rischi assicurati con il presente contratto.

In caso di sinistro, non si farà luogo all'applicazione del disposto dell'art.1910 del codice civile per tutte quelle garanzie che non rappresentino un rimborso di spese sostenute. In tutti gli altri casi, la Società Assicuratrice provvederà a liquidare le spese, secondo le condizioni della presente polizza fermo il diritto al recupero dagli altri Assicuratori di quota parte dell'indennità corrisposta in applicazione del disposto del quarto comma dell'art. 1910 del codice civile.

Art. 3 - Durata del contratto

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.

Nel primo semestre il premio verrà calcolato *pro rata*.

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. 4 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Le disposizioni del presente articolo si applicano ad ogni Certificato della convenzione, senza che l'eventuale mancato incasso di uno di questi possa interferire con la copertura degli altri Certificati. 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 della prima e delle successive annualità 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 120 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 120° 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 qualunque altra difficoltà tecnica.

Anche le eventuali variazioni comportanti un incasso di premio potranno essere pagate entro 120 (centoventi) 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 DPR 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.

Art. 5 – Adeguamento annuale del premio

In occasione della decorrenza di ogni periodo assicurativo annuale successivo al primo, è data facoltà al Contraente di comunicare, non oltre 60 giorni dopo la scadenza del periodo, le variazioni degli elementi variabili (consistenza numerica) presi a base per il conteggio del premio, così da permettere alla Società di emettere apposita appendice di rinnovo che verrà pagata dal Contraente con le modalità di cui al precedente articolo 4.

Art. 6 – 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 nelle Sezioni 6, 7 e 8 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. Per le Categorie F e G, di cui alla Sezione 6, non si dà luogo ad anticipo del premio: questo viene pagato tenendo conto delle effettive adesioni da parte del personale avente diritto.

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. È data facoltà al Contraente di chiedere una estensione del termine di ulteriori 30 giorni.

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 ciascuna Sezione in cui risulti almeno un assicurato, ad esclusione delle Categorie F e G, di cui alla Sezione 6, e precisamente:

- un'Appendice per le Categorie di cui alla Sezione 6 (tranne Categorie F e G) – Certificato 1 - DGRI;
- un'Appendice per le Categorie di cui alla Sezione 7 – Certificato 2 - DGDP;
- un'Appendice per le Categorie di cui alla Sezione 8 – Certificato 3 - UNITA' DI CRISI;

Le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione dovranno essere corrisposte sulla base delle apposite appendici di regolazione emesse dalla Società, secondo le modalità di cui all'art. 4 della presente Sezione. Il pagamento relativo alla regolazione da parte del Contraente potrà avvenire, tramite compensazione, contestualmente al pagamento del premio di rinnovo annuale, e comunque non oltre 120 giorni successivi al ricevimento, delle apposite appendici di regolazione, ove ritenute corrette. 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, mentre le differenze attive verranno aggiunte.

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. 7 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo ogni sinistro che nel periodo assicurativo abbia comportato il pagamento di un indennizzo o il rifiuto del medesimo, ma entro 60 giorni dalla data del pagamento o del rifiuto stessi, la Società ed il Contraente hanno facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 180 (centottanta) giorni da darsi con lettera raccomandata R.R. o P.E.C. Il computo dei 180 giorni decorre dalla data di ricevimento della suddetta raccomandata o P.E.C. da parte del destinatario.

In ambedue i casi di recesso, la Società rimborserà al Contraente i ratei di premio pagati e non goduti, escluse le imposte, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso.

Non è comunque permesso il recesso se il rapporto fra i sinistri pagati e riservati ed i premi imponibili relativi alla polizza dalla sua decorrenza al momento in cui si intende esercitare tale diritto sia inferiore al 60%.

Art. 8 - Modifiche dell'assicurazione

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. 9 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte con P.E.C. indirizzata alla Società oppure al Broker al quale il Contraente ha conferito incarico per la gestione della polizza. Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta della polizza ed il recesso per sinistro che ciascuna delle Parti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente polizza.

Art. 10 - Oneri fiscali

Tutti gli oneri fiscali, presenti e futuri, relativi al premio alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne è stato anticipato dalla Società.

Art. 11 - Foro competente

Per le controversie relative al presente contratto è competente, in via esclusiva, il foro di Roma

Art. 12 - Interpretazione del contratto

In caso insorgano problemi di interpretazione delle norme contrattuali prevarrà l'interpretazione più estensiva e più favorevole al Contraente e/o all'Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di assicurazione.

La Società si impegna a riscontrare eventuali quesiti interpretativi che le vengano sottoposti dal Contraente (MAECI) entro 5 (cinque) giorni lavorativi.

Art. 13 – Titolarità dei diritti nascenti dal contratto

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente e dalla Società.

Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla liquidazione dei danni. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa. L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti e con il consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

È data tuttavia facoltà al Contraente di richiedere il subentro dell'Assicurato in tutti gli atti necessari alla gestione e liquidazione del sinistro. L'accertamento e la liquidazione dei danni così effettuati sono vincolanti anche per il Contraente, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.

Art. 14 - Obbligo di fornire dati sull'andamento del rischio

La Società, alle scadenze annuali, entro il quarantacinquesimo giorno successivo alla fine del periodo di osservazione, si impegna a fornire al Contraente, per il tramite del Broker, il dettaglio dei sinistri denunciati dall'inizio del contratto assicurativo, possibilmente in formato elettronico (excel), corredato dei seguenti dati minimi: numero sinistro, data di accadimento, categoria di riferimento, garanzia prestata per sinistro, importo pagato, importo riservato, data del pagamento o della chiusura senza seguito, numero totale dei sinistri, suddiviso anche per garanzia prestata, ed importi liquidati complessivamente e per garanzia.

In previsione della scadenza definitiva del contratto, ed al fine di consentire l'indizione di una nuova procedura di gara, 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.

L'obbligo di fornire i dati in argomento permane anche successivamente alla definitiva scadenza del contratto, a fronte di formale richiesta scritta da parte del Contraente, anche per il tramite del broker. Nel caso in cui venga esercitata la facoltà di recesso di cui all'art. "Recesso a seguito di sinistro", la statistica dettagliata dei sinistri deve essere fornita in automatico dalla Società entro e non oltre 30 giorni di calendario dalla data in cui il recesso è stato inviato, e successivamente come previsto dal precedente paragrafo.

Art. 15 – Riassicurazione

Qualora il rischio sia riassicurato, è fatto obbligo alla Società di mantenere la copertura riassicurativa relativamente alla presente polizza per tutto il periodo della sua durata. Tale riassicurazione, che dovrà operare a favore della Società, dovrà coprire una quota non inferiore al 60% (sessanta per cento) del capitale complessivamente assicurato per ogni singolo evento.

Allorché un credito sia divenuto liquido ed esigibile, la Società si obbliga altresì a vincolare l'indennità dovuta dai riassicuratori in caso di sinistro in favore degli aventi diritto, i quali, per ottenere l'indennizzo, in caso di inerzia della Società potranno agire in via surrogatoria ai sensi dell'art. 2900 c.c. nei confronti di detti riassicuratori.

Art. 16 – Coassicurazione

L'assicurazione può essere ripartita per quote tra le Società indicate nell'eventuale riparto del premio. In tal caso, le imprese assicuratrici convengono di affidare la delega per la stipula e la gestione del contratto alla Società designata nel frontespizio della presente polizza (Delegataria). La firma apposta dalla Società Delegataria sui Documenti di Assicurazione, li rende ad ogni effetto validi anche per le quote delle Coassicuratrici. Tutti i rapporti, anche in sede giudiziaria, inerenti la presente assicurazione faranno capo sia dal punto di vista attivo che passivo alla Delegataria, la quale provvederà ad informare le Coassicuratrici. In particolare, tutte le comunicazioni inerenti il contratto, ivi comprese quelle relative al recesso o alla disdetta ed alla gestione dei sinistri, si intendono fatte o ricevute dalla Delegataria in nome e per conto di tutte le Società coassicuratrici. Le Società coassicuratrici riconoscono come validi ed efficaci, anche nei propri confronti, tutti gli atti di gestione stragiudiziale e giudiziale compiuti dalla Delegataria per conto comune.

In caso di sinistro le Società coassicuratrici concorreranno nel pagamento dell'indennizzo in proporzione alla rispettiva quota che risulta dal contratto.

Art. 17 - Clausola Broker

Il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale dichiara di aver affidato la gestione della presente polizza alla Aon S.p.a., qualità di Broker, ai sensi dell'art. 109 del D.Lgs. 209/2005 e s.m.i..

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, la Società dà 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 fatto tramite il Broker sopra designato, con l'eccezione di cui all'art. 10 del contratto di brokeraggio in essere, repertorio n. 2996 del 03.04.2017. 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. 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.

L'opera del Broker è remunerata, in conformità alla prassi di mercato, dalla Società nella misura del 4% da applicarsi ai premi imponibili della presente polizza.

Si prende altresì atto che qualora, nel corso della validità della presente polizza, venga meno il contratto di brokeraggio assicurativo stipulato dal Contraente con il sopra citato Broker, il Contraente stesso comunicherà alla Società il nominativo del nuovo soggetto affidatario del predetto servizio.

Alla cura del Broker è affidato l'incasso dei premi ed il perfezionamento dei suddetti documenti.

La polizza e le eventuali successive appendici dovranno essere restituite alla Società dopo il perfezionamento e/o l'incasso; le copie di spettanza del Contraente verranno da questi trattenute all'atto del perfezionamento.

Il pagamento effettuato dal Contraente al Broker costituisce quietanza per il Contraente stesso.

Il Broker invierà alla Società, a mezzo telefax o telegramma o P.E.C., le comunicazioni di effettuato pagamento fattegli pervenire dal Contraente e la Società riterrà valida, agli effetti della copertura assicurativa, la data di invio del relativo telegramma o telefax o di ricezione della relativa P.E.C.. Tali comunicazioni di pagamento comporteranno automatica copertura del rischio anche per le quote delle eventuali Società Coassicuratrici che si impegnano a ritenerle valide.

I premi incassati dal Broker verranno versati alla Società entro il giorno 10 del mese successivo a quello dell'incasso, fermi restando i termini temporali della copertura.

Il Broker provvederà ad inviare alla Società regolare denuncia dei sinistri; la Società comunicherà al Broker il proprio numero di repertorio nonché, ove necessario, il nome e l'indirizzo del perito incaricato e comunicherà l'esito dei sinistri (senza seguito, importo riservato, importo liquidato).

La Società comunicherà al Broker qualsiasi eccezione o riserva che venisse sollevata nel corso della trattazione del sinistro.

Art. 18 - Corrispondente Lloyd's (operativa solo nel caso di aggiudicazione a sottoscrittore Lloyd's)

Con la sottoscrizione della presente polizza si prende atto che l'assicurato e/o Contraente conferisce mandato di rappresentarlo, ai fini del presente contratto di assicurazione, alla Società di Brokeraggio Aon S.p.a. (qui di seguito indicato come "Broker Incaricato") la quale si avvale per il piazzamento sui Lloyd's del Corrispondente dei Lloyd's indicato Pertanto:

a1. Ogni comunicazione effettuata al Broker Incaricato dal Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata all'assicurato e/o Contraente, inoltre

a2. Ogni comunicazione effettuata dal Broker Incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata dall'assicurato e/o Contraente.

I Sottoscrittori conferiscono mandato al Corrispondente dei Lloyd's indicato al punto 7.2 nella Scheda

di Copertura di ricevere e trasmettere la corrispondenza relativa al presente contratto di assicurazione. Pertanto:

- b1.** Ogni comunicazione effettuata dal Corrispondente dei Lloyd's al Broker Incaricato si considererà come effettuata dai Sottoscrittori; inoltre
- b2.** Ogni comunicazione effettuata dal Broker Incaricato al Corrispondente dei Lloyd's si considererà come effettuata ai Sottoscrittori.

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge

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

SEZIONE 3 **RISCHI COPERTI**

Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli infortuni che abbiano come conseguenza la morte o un'invalidità permanente o gravi menomazioni che gli Assicurati subiscano in occasione e/o in conseguenza di atti di natura violenta, compresi gli atti terroristici o quelli occorsi allo scopo di sfuggire ad un atto violento, ovvero da eventi calamitosi di origine naturale o antropica in tutti Paesi del mondo, nonché nel corso del viaggio da e per tali Paesi effettuato con qualsiasi mezzo.

È considerata “morte” anche lo stato di “coma irreversibile” conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia in conseguenza di un fatto di cui al primo comma del presente articolo, in via esemplificativa e non limitativa, i seguenti infortuni:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze;
- i danni da sostanze NBC;
- contatto con corrosivi;
- le morsicature, le punture e le ustioni causate da animali, da insetti, aracnidi o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) e le alterazioni patologiche conseguenti ad un fatto lesivo rientrante in garanzia;
- l'annegamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione di cibo o altre sostanze;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- le lesioni determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere;
- gli infortuni derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di ciclomotori e motocicli di qualunque cilindrata, trattori e macchine agricole semoventi, veicoli a motore e natanti, a condizione che l'Assicurato in caso di guida sia in possesso, ove prescritto, di regolare patente di abilitazione alla guida medesima;
- le malattie croniche ed invalidanti o mortali conseguenti ad un fatto lesivo rientrante in garanzia;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni derivanti da abuso di alcolici;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche.

L'assicurazione vale per le singole categorie di Assicurati di cui alle Sezioni 6, 7 e 8, anche per le garanzie di cui agli artt. 2, 3, 4 e 5 della presente Sezione.

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche

La Società garantisce, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza e fino alla concorrenza per persona e per sinistro del massimale pro-capite espresso per la singola categoria nelle Sezioni 6, 7, e 8, il rimborso degli onorari dei medici e dei chirurghi, delle rette di degenza in ospedali e case di cura, delle spese per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio e terapie fisiche, nonché di ogni altra spesa medica, anche effettuata al di fuori di un ricovero, comprese le spese di pronto soccorso e i tickets (quota di compartecipazione alla spesa), protesi ed altri tutori, o spesa farmaceutica resasi necessaria a seguito dell'infortunio.

La Società rimborsa altresì i costi eventualmente sostenuti per il trasporto sanitario dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura, nonché il rimpatrio tramite trasporto sanitario.

Art. 3 – Rimpatrio salma

La garanzia è estesa al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato con qualsiasi mezzo, in caso di decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, fino al luogo di sepoltura e ciò fino alla concorrenza di €. 7.500,00 liquidabili a forfait senza necessità di produzione di documentazione contabile a sostegno delle spese.

Art. 4 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque 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, il tutto entro il limite di € 10.000,00 per evento.

Art. 5 – Rischio aeronautico

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi effettuati in qualità di passeggero di mezzi di trasporto collettivi esercitati da società di traffico regolare, non regolare e di trasporto a domanda, nonché da autorità civili e militari in occasione di traffico civile o di emergenza (evacuazioni e simili), da ditte e privati per attività turistica e di trasferimento e da società di lavoro aereo, esclusivamente durante il trasporto di passeggeri.

Il cumulo delle somme assicurate per il caso di morte e/o invalidità permanente non potrà superare le seguenti somme assicurate:

€ 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente

€ 5.000.000,00 per il caso di morte

complessivi per aeromobile.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopraindicati, le indennità spettanti a ciascun assicurato in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale.

La garanzia s'intende estesa ai danni subiti dagli Assicurati anche durante il pilotaggio di aerei ed elicotteri.

La garanzia s'intende estesa agli eventuali infortuni da atti violenti che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento, compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo o, in alternativa, fino al rientro alla località di partenza del viaggio originario.

Art. 6 – Morte del dipendente con figli a carico

In caso di morte del dipendente assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società pagherà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione agli eredi dell'assicurato, l'indennizzo previsto in polizza. Questa somma sarà incrementata di un ulteriore 25% rispetto alla somma assicurata qualora tra i beneficiari o aventi diritto figurino figli fiscalmente a carico

Art. 7 – Commorienza (variante migliorativa)

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva la morte del dipendente e del coniuge appartenenti alle categorie di assicurati e qualora tra i beneficiari designati o aventi altrimenti diritto figurino figli minori o permanentemente inabili al lavoro, la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o in difetto di designazione agli eredi dell'assicurato, un ulteriore indennizzo di € 150.000,00.

Art. 8 – Commorienza e figli a carico (*variante migliorativa*)

Nel caso in cui si verificano contemporaneamente due o più delle situazioni sopra evidenziate (commorienza, figli a carico) verrà applicata solo quella di maggior favore per il beneficiario.

SEZIONE 4

ESCLUSIONI

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- durante la guida e l'uso di mezzi di locomozione aerea e la guida di mezzi subacquei, salvo quanto previsto all'art.5, Sezione 3;
- in conseguenza di dolo o di azioni delittuose dell'Assicurato;
- sotto influenza di stupefacenti, psicofarmaci ed allucinogeni assunti volontariamente, salvo che ciò avvenga dietro prescrizione medica;
- in conseguenza di stato di ubriachezza da parte dell'Assicurato alla guida di veicoli o natanti a motore in genere;
- in conseguenza diretta od indiretta di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche fatto salvo quanto previsto dall'art.1 Sezione 3 in relazione alle sostanze NBC.

Art. 2 – Persone escluse dall'assicurazione o non assicurabili

Non sono coperte dalla presente polizza le persone di età superiore a ottanta anni. Tuttavia per persone che raggiungano tale età nel corso del contratto di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

SEZIONE 5

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 1 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia dell'infortunio, inviata dal Contraente ed indirizzata al Broker o alla Società, dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, e dovrà essere corredata di certificato medico. Essa dovrà essere inviata entro il 45° giorno lavorativo dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato od gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Avvenuto l'infortunio, l'Assicurato deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni. Successivamente l'Assicurato deve inviare, periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente dovrà darne avviso alla Società a mezzo P.E.C..

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Art. 2 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive del fatto lesivo rientrante in garanzia, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, i beneficiari o, in difetto di designazione, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso ed hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente.

b) MORTE PRESUNTA

Se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito del fatto lesivo rientrante in garanzia che ne abbia determinato la scomparsa, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie certe, la Società ha diritto alla restituzione delle somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato sono

garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e/o gravi menomazioni e queste si verificano anche successivamente alla scadenza della polizza, ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo, e solo in questo caso, una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alle Tabelle allegate al D.P.R. del 30.06.1965 n.1124 e ss.mm.ii., comprese le norme relative alle Malattie Professionali, nonché alla Tabella delle Menomazioni ivi contenute, con rinuncia alle franchigie relative stabilite e con l'intesa che le percentuali indicate nelle Tabelle anzidette vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente totale di cui alle successive Sezioni 6, 7 e 8.

Per gli Assicurati mancini si conviene che le percentuali per l'invalidità permanente previste dalla citata tabella per l'arto superiore destro, varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente. In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 50%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Per i casi in cui l'infortunio comporti una Invalidità Permanente di grado prevedibilmente superiore al 20% e sia certamente indennizzabile, la Società potrà a disposizione dell'assicurato, a titolo di acconto, un importo pari al 50% dell'indennità corrispondente all'indennizzo valutato al momento, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro. Il pagamento di tale anticipazione da parte della Società avverrà entro 30 giorni dal ricevimento della certificazione medica da cui risulta l'entità presunta della invalidità.

Se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga l'importo liquidato od offerto ai beneficiari o, in difetto di designazione degli stessi, agli eredi dell'Assicurato secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

d) SPESE MEDICHE

La Società, in caso d'infortunio rientrante nella garanzia prestata, anche se non determinante la morte o l'invalidità permanente, rimborsa all'Assicurato le spese mediche sostenute e garantite dalla presente polizza fino alla concorrenza dell'importo convenuto con il massimo di quanto stabilito alle successive Sezioni 6, 7 e 8.

Le spese verranno liquidate a presentazione di fatture, notule, parcelle, cartella clinica debitamente quietanzate. La liquidazione potrà avvenire anche se non si è verificata la completa guarigione dell'Assicurato.

Art. 3 – Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, l'Assicurato e la Società si obbligano a conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi e le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di due medici, nominati uno per parte. In caso di disaccordo tra i due medici così nominati si procederà alla nomina di un terzo medico da parte del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio medico.

Il collegio medico si riunisce ove ha sede il Contraente se questi ha la gestione del sinistro ovvero ove ha la residenza l'Assicurato qualora la gestione del sinistro sia dallo stesso assunta.

L'Assicurato e la Società sostengono ciascuno le proprie spese e remunereranno il medico da essi designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.

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

Art. 4 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquiderà l'indennità che risulti dovuta, ne darà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvederà al pagamento entro 30 gg dalla sottoscrizione dell'atto di liquidazione da parte dell'Assicurato.

L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competerle per l'art.1916 c.c. verso i responsabili dell'infortunio.

SEZIONE 6

CERTIFICATO 1 – DGRI

CATEGORIE ASSICURATI DGRI, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie assicurati e capitali/massimali

L'assicurazione è prestata alle condizioni della presente Convenzione per il personale appartenente alle categorie qui di seguito evidenziate, assicurato **dall'Ufficio VIII e dall'Ufficio VI della DGRI**, per le garanzie e capitali/massimali specifici della singola categoria senza l'applicazione di alcuna franchigia e/o scoperto alle somme da liquidare.

La Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo di 24 ore da calcolarsi dal momento dell'accadimento del primo sinistro, non corrisponderà somma superiore a €.10.000.000,00.=.

Categoria A

Personale della carriera diplomatica, Dirigenti, personale di ruolo delle qualifiche funzionali del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale. Esperti.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€. 10.000,00
Numero di assicurati/anno	1900

Categoria B

Personale dell'Arma dei Carabinieri (compresi ufficiali e sottufficiali) impegnato in attività di sicurezza e vigilanza nonché di tutela o scorta.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00
Numero di assicurati/anno	280

Categoria C

Familiari del personale di cui alle Categorie A e B come individuati dal D.P.R. 18/1967.

CATEGORIA C.1: Coniugi

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€.1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00
Numero di assicurati/anno	1200

CATEGORIA C.2: Figli

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€.150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.150.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00
Numero di assicurati/anno	600

Categoria D

Personale di cui alla lettera A in viaggio di servizio o in missione.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00
Numero di giornate/persona	2700

Categoria E

Personale dell'Arma dei Carabinieri (compresi ufficiali e sottufficiali) di cui alla lettera B in viaggio di servizio o in missione.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00
Numero di giornate/persona	6400

UFFICIO VI DGRI

Categorie per le quali non si dà luogo ad anticipo del premio: questo viene pagato tenendo conto delle effettive adesioni da parte del personale avente diritto.

Categoria F

Personale a contratto in servizio presso le Rappresentanze Diplomatico-consolari, di cui all'art. 152 e ss. del DPR 18/1967.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00

Categoria G

Familiari del personale di cui alla categoria F

CATEGORIA G.1 Coniugi

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€.1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00

CATEGORIA G.2 Figli

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€.150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€.150.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "Scomposizione del premio Sezione 6" di cui al presente articolo. Detto importo è pari alla somma degli importi annui relativi alle varie categorie, calcolati sulla base dei premi riportati nella seguente tabella "Dettaglio Premi".

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa, in base al numero degli assicurati ed al periodo di permanenza (anno o frazione di anno) all'estero, con i relativi eventuali aggiornamenti, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di qualsiasi altro dato variabile anche quando il parametro fosse a inizio anno pari a zero.

Dettaglio Premi Sez. 6

Categorie (personale in servizio e familiari)	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio annuo lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria A	Numero assicurati/anno	1900	€ _____, __=	€ _____, __=

Categoria B	Numero assicurati/anno	280	€ _____, __=	€ _____, __=
--------------------	------------------------	-----	--------------	--------------

Categoria C.1	Numero assicurati/anno	1200	€ _____, __=	€ _____, __=
----------------------	------------------------	------	--------------	--------------

Categoria C.2	Numero assicurati/anno	600	€ _____, __=	€ _____, __=
----------------------	------------------------	-----	--------------	--------------

SUB-TOTALE				€ _____, __=
-------------------	--	--	--	--------------

Categoria (personale in missione o viaggio di servizio)	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria D	Numero giornate/persona	2700	€ _____, __=	€ _____, __=

Categoria E	Numero giornate/persona	6400	€ _____, __=	€ _____, __=
--------------------	-------------------------	------	--------------	--------------

SUB-TOTALE				€ _____, __=
-------------------	--	--	--	--------------

Scomposizione del premio Sez. 6

Premio annuo imponibile	€	_____	.=
Imposte	€	_____	.=
TOTALE	€	_____	.=

Art. 3 – Calcolo del premio per le categorie F e G

La categoria F è equiparata in termini di premio alla categoria A per funzioni equiparate. Parimenti, la categoria G è equiparata in termini di premio alla categoria C.

Categoria (personale a contratto)	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria F	Numero assicurati/anno	0	€ _____, __=	€ _____, __=
Categoria G.1	Numero assicurati/anno	0	€ _____, __=	€ _____, __=
Categoria G.2	Numero assicurati/anno	0	€ _____, __=	€ _____, __=

SUB-TOTALE				€ _____, __=
-------------------	--	--	--	--------------

Art.4 – Riparto di coassicurazione

In caso di coassicurazione, il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

SEZIONE 7

Certificato 2 - DGDP

CATEGORIE ASSICURATI UFFICIO V DGDP, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie assicurati e capitali/massimali

L'assicurazione è prestata alle condizioni della presente Convenzione per il personale appartenente alle categorie qui di seguito evidenziate, assicurato dall'Ufficio V della DGDP, per le garanzie e capitali/massimali specifici della singola categoria senza l'applicazione di alcuna franchigia e scoperto alle somme da liquidare.

La Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo di 24 ore da calcolarsi dal momento dell'accadimento del primo sinistro, non corrisponderà somma superiore a €10.000.000,00.=.

Categoria H

Personale di ruolo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, inviato dal MAECI in servizio presso le Istituzioni scolastiche e culturali all'estero di cui al D. Lgs. 64/2017 e s.m.i..

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€10.000,00
Numero di assicurati/anno	600

Categoria I

Familiari del personale di cui alla Categoria H come individuati dal D.P.R. 18/1967.

CATEGORIA I.1: Coniugi

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€10.000,00
Numero di assicurati/anno	140

CATEGORIA I.2: Figli

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€150.000,00
Caso Invalidità Permanente	€150.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€10.000,00
Numero di assicurati/anno	100

Categoria L

Personale di ruolo del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, inviato dal MAECI in missione o viaggio di servizio presso le Istituzioni scolastiche e culturali all'estero ai sensi del D. Lgs. 64/2017 e s.m.i..

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€ 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€ 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€ 10.000,00
Numero di giornate/persona	200

Art. 2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "Scomposizione del premio Sezione 7" di cui al presente articolo. Detto importo è pari alla somma degli importi annui relativi alle varie categorie, calcolati sulla base dei premi riportati nella seguente tabella "Dettaglio Premi".

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa, in base al numero degli assicurati ed al periodo di permanenza (anno o frazione di anno) all'estero, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di qualsiasi altro dato variabile-anche quando il parametro fosse a inizio anno pari a zero.

Dettaglio Premi Sez. 7

Categoria (personale in servizio e coniugi)	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria H	Numero assicurati/anno	600	€ _____, __ =	€ _____, __ =
Categoria I.1	Numero assicurati/anno	140	€ _____, __ =	€ _____, __ =
Categoria I.2	Numero assicurati/anno	100	€ _____, __ =	€ _____, __ =
SUB-TOTALE				€ _____, __ =

Categoria (personale in missione o viaggio di servizio)	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria L	Numero giornate/persona	200	€ _____, __ =	€ _____, __ =
SUB- TOTALE				€ _____, __ =

Scomposizione del premio Sez. 7

Premio annuo imponibile	€	.=
Imposte	€	.=
TOTALE	€	.=

Art.3 – Riparto di coassicurazione

In caso di coassicurazione, il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

SEZIONE 8

CERTIFICATO 3 – UNITA' DI CRISI

CATEGORIE ASSICURATI UNITÀ DI CRISI, CAPITALI E CALCOLO DEL PREMIO

Art. 1 – Categorie assicurati e capitali/massimali

L'assicurazione è prestata alle condizioni della presente polizza per il personale appartenente alle categorie qui di seguito evidenziate, assicurato dall'Unità di Crisi del MAECI, per le garanzie e capitali/massimali specifici della singola categoria senza l'applicazione di alcuna franchigia e scoperto alle somme da liquidare.

La Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo di 24 ore da calcolarsi dal momento dell'accadimento del primo sinistro, non corrisponderà somma superiore a €.10.000.000,00.=.

Categoria M

Personale dell'Arma dei Carabinieri (compresi ufficiali e sottufficiali), in servizio presso l'Unità di Crisi del MAECI, impegnato in attività di sicurezza e vigilanza nonché di tutela o scorta.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00

Numero di assicurati/anno	0
----------------------------------	---

Categoria N

Collaboratori civili impegnati in missioni per conto dell'Unità di Crisi del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale per i quali il Contraente abbia obbligo o interesse a fornire la copertura assicurativa.

Garanzia	Capitali pro-capite
Caso Morte	€. 1.000.000,00
Caso Invalidità Permanente	€. 1.000.000,00
Rimborso spese mediche e farmaceutiche, massimale	€.10.000,00

Numero di giornate/persona	0
-----------------------------------	---

Art.2 – Calcolo del premio e modalità di applicazione della regolazione

Il Contraente versa, a titolo di deposito premio convenuto, l'importo riportato nella tabella "Scomposizione del premio Sezione 8" di cui al presente articolo. Detto importo è pari alla somma degli importi annui complessivi relativi alle varie categorie, calcolati sulla base dei premi riportati nella seguente tabella "Dettaglio Premi".

Essendo l'assicurazione prestata in forma non nominativa, in base al numero degli assicurati ed al periodo di permanenza (anno o frazione di anno) all'estero, la regolazione del premio sarà effettuata in base agli elementi variabili di polizza presi a base per la determinazione del premio. Non vi è obbligo per il Contraente di comunicare in corso di periodo assicurativo le variazioni di qualsiasi altro dato variabile, anche quando il parametro fosse a inizio anno pari a zero

La categoria M è equiparata in termini di premio pro capite offerto alla categoria B di cui al Certificato 1 per identità dell'attività svolta.

Dettaglio Premi Sez. 8

Categoria	Tipo dato variabile	Montante dato variabile	Premio lordo pro-capite applicato	Totale
Categoria M	Numero assicurati/anno	0	€ _____, __=	€ _____, __=
Categoria N	Numero giornate/persona	0	€ _____, __=	€ _____, __=
TOTALE				€ _____, __=

Scomposizione del premio Sez. 8

Premio annuo imponibile	€	_____	.=
Imposte	€	_____	.=
TOTALE	€	_____	.=

Art.3 – Riparto di coassicurazione

In caso di coassicurazione, il rischio viene ripartito tra le seguenti Società secondo le percentuali qui di seguito indicate:

Società	Agenzia	Percentuale di ritenzione

DISPOSIZIONE FINALE

Rimane convenuto che si intendono operanti solo le Condizioni di Assicurazione riportate nel Capitolato speciale di polizza, di cui alla gara CIG 9054388D56.

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

IL CONTRAENTE

LA SOCIETÀ

VARIANTI TECNICHE MIGLIORATIVE AL LOTTO N. 1

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. 1:

Punti Max = 70 punti

	Variante n. 1
	In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società corrisponderà ai beneficiari designati, o in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato i seguenti capitali pro-capite per la categoria FIGLI (C2; I.2; G.2): Caso Morte: € 200.000,00 Invalidità Permanente: € 200.000,00
	Punteggio assegnato: 15 punti
	Variante n. 2
	Con riferimento all'Art. 5 Sezione 3 del Capitolato "Rischio Aeronautico", il cumulo delle somme assicurate per il caso di morte e/o invalidità permanente non potrà superare le seguenti somme assicurate: € 7.000.000,00 per il caso di invalidità permanente € 7.000.000,00 per il caso di morte complessivi per aeromobile.
	Punteggio assegnato: 10 punti
	Variante n. 3
	Con riferimento all'Art. 1 "Categorie assicurati e capitali/massimali" delle Sezioni 6, 7 e 8, la Società, per uno o più sinistri che colpissero uno o più assicurati con la presente polizza nell'ambito di un periodo di 24 ore da calcolarsi dal momento dell'accadimento del primo sinistro, non corrisponderà somma superiore a € 15.000.000,00
	Punteggio assegnato: 20 punti
	Variante n. 4
	Con l'inserimento della variante N. 4, la Società renderà operante l'Art. 7 "Commorienza" e di conseguenza l'Art. 8 "Commorienza e figli a carico" della Sezione 3 del Capitolato
	Punteggio assegnato: 10 punti

	Variante n. 5
	Con riferimento all'Art 6 Sezione 3 del Capitolato "Morte del dipendente con figli a carico", in caso di morte del dipendente assicurato a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società pagherà il capitale previsto incrementato di un ulteriore 40% (anziché del 25%) qualora tra i beneficiari o aventi diritto figurino figli fiscalmente a carico
	Punteggio assegnato: 5 punti
	Variante n. 6
	Con riferimento all'Art 2 Sezione 3 del Capitolato "Rimborso Spese Mediche e spese farmaceutiche", in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza il massimale pro-capite espresso per la singola categoria nelle Sezioni 6, 7, e 8 si intende elevato a Euro 15.000
	Punteggio assegnato: 5 punti
	Variante n. 7
	Con riferimento all'Art 3 Sezione 3 del Capitolato "Rimpatrio della Salma" la Società pagherà per il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato con qualsiasi mezzo, in caso di decesso a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, fino al luogo di sepoltura fino alla concorrenza di € 10.000,00 liquidabili a forfait senza necessità di produzione di documentazione contabile a sostegno delle spese
	Punteggio assegnato: 5 punti