

Viaggiare nel mondo

Contratto di Assicurazione per la
copertura dei rischi inerenti i viaggi:
Infortuni, Assistenza,
Malattia e Furto.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Indice

Nota Informativa	pag. 1 di 5
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag. 1 di 5
B. Informazioni sul contratto	pag. 1 di 5
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag. 3 di 5
Glossario	pag. 1 di 2
Condizioni di Assicurazione	pag. 1 di 12
Condizioni Generali	pag. 1 di 12
Sezione 1 - Infortuni	pag. 2 di 12
• Cosa assicuriamo	pag. 2 di 12
• Garanzie	pag. 2 di 12
• Invalidità permanente da Infortunio	pag. 2 di 12
• Morte	pag. 3 di 12
• Delimitazioni ed esclusioni operanti per la Sezione 1 - Infortuni	pag. 3 di 12
• Condizione particolare	pag. 4 di 12
• In Caso di Sinistro	pag. 4 di 12
Sezione 2 - Assistenza	pag. 5 di 12
• Cosa assicuriamo	pag. 5 di 12
• Prestazioni	pag. 5 di 12
• Esclusioni operanti per la sezione Assistenza	pag. 8 di 12
• Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	pag. 8 di 12
Sezione 3 - Rimborso spese mediche	pag. 9 di 12
• Cosa assicuriamo	pag. 9 di 12
• Esclusioni operanti per la sezione Rimborso spese mediche	pag. 9 di 12
• Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	pag. 10 di 12
Sezione 4 - Bagaglio, Effetti personali	pag. 10 di 12
• Cosa assicuriamo	pag. 10 di 12
• Esclusioni operanti per la sezione Bagaglio, Effetti personali	pag. 11 di 12
• Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	pag. 12 di 12
• Criteri per la liquidazione del danno	pag. 12 di 12
Allegato 1): Elenco Attività professionali	pag. 1 di 2
Allegato 2): Tabella di valutazione medico-legale	pag. 1 di 2
Allegato 3): Modulo di denuncia Sinistro	pag. 1 di 1

Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto da ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

Gli eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet (www.zurich.it).

Ai sensi dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato **sulle clausole evidenziate in grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato.

A. Informazioni sull'impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc

Rappresentanza Generale per l'Italia

Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia

Telefono n. 02.59660070 - Telefax n. 02.26622768

Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it

Sito internet: www.zurich.it

Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

Zurich Insurance plc, è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (CBI) ed è soggetta ad una limitata attività di regolamentazione e vigilanza da parte dell'Istituto di Vigilanza Assicurazioni (IVASS).

Zurich Insurance plc, svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) dal 3/1/08 al n. I.00066.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.346 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.338 milioni di euro ed è definito applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP).

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, conforme alla normativa Solvency II, è del 131,7% e rappresenta il

rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.zurich.it. Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: informazioni@zurich.it.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto non prevede tacito rinnovo alla naturale scadenza. La durata è indicata in Polizza e non può essere superiore ai 12 mesi.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Infortuni (Sezione 1);
- Assistenza (Sezione 2);
- Rimborso spese mediche (Sezione 3);
- Bagaglio, Effetti personali (Sezione 4).

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo, come disciplinato all'interno di ogni singola Sezione di garanzia e precisamente ai paragrafi:

- Per tutte le sezioni:
Articolo 1, Articolo 8, Articolo 10, Articolo 11, Articolo 13, Articolo 15 delle Condizioni Generali;
- Per la Sezione 1 - "Infortuni":
"Cosa Assicuriamo"; "Invalidità permanente da Infortunio", "Morte", "Morte presunta"; "Delimitazioni ed esclusioni operanti per la Sezione Infortuni", "Condizione particolare"; "Criteri di indennizzabilità";
- Per la Sezione 2 - "Assistenza":
"Cosa Assicuriamo"; "Prestazioni", "Esclusioni operanti per la Sezione Assistenza", "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro";
- Per la Sezione 3 - "Rimborso spese mediche":
"Cosa Assicuriamo"; "Esclusioni operanti per la Sezione Rimborso spese mediche", "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro";
- Per la Sezione 4 - "Bagaglio, Effetti personali":
"Cosa Assicuriamo", "Esclusioni operanti per la Sezione Bagaglio, Effetti personali", "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro", "Criteri per la liquidazione del danno".

AVVERTENZA:

Non sono previste particolari ipotesi di sospensione della garanzia.

AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limiti massimi di età assicurabile come disciplinato nell'Articolo 12 "Limiti di età" delle Condizioni Generali delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza della somma assicurata e/o del Massimale prescelti dall'Assicurato ed indicati in Polizza; le prestazioni possono essere soggette ad applicazione di Limiti di Indennizzo, Franchigie e/o Scoperti indicati in Polizza o previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare una somma maggiore a quella assicurata. In tale limite massimo di Indennizzo sono comprese anche le eventuali indennità e/o rimborsi previsti dalle singole garanzie.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di ciascuna garanzia nelle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento di applicazione di Scoperti e Franchigie, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1: Rimborso spese mediche, Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia fissa ed assoluta di Euro 50:

Somma assicurata/Massimale:	1.000 euro
Ammontare del danno/spese:	500 euro
Franchigia fissa ed assoluta:	50 euro
Ammontare del danno – Franchigia:	450 euro
Indennizzo:	450 euro

Esempio 2: Invalidità permanente a seguito di Infortunio, Prestazione soggetta all'applicazione di Franchigia come da Tabella di Indennizzo.

Somma assicurata:	100.000 euro
I.P. accertata 7 punti	
Percentuale da liquidare come da Tabella di Indennizzo:	2%
Indennizzo = 2% della somma assicurata:	2.000 euro

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Nullità

AVVERTENZA:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché, in caso di dolo o colpa grave, la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda agli articoli 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" e 11 "Aggravamento del Rischio" delle Condizioni di Assicurazione.

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

5. Aggravamento e diminuzione del Rischio

L'Assicurato, o per esso il Contraente, deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni variazione di Rischio in quanto ciò può costituire aggravamento o diminuzione del Rischio.

Per gli aspetti di dettaglio sulle conseguenze derivanti dalla mancata comunicazione, si rimanda agli articoli 11 "Aggravamento del Rischio" e 10 "Diminuzione del Rischio" delle Condizioni Generali.

A puro titolo esemplificativo, può costituire aggravamento del Rischio la pratica di paracadutismo nell'ambito della garanzia "Infortuni".

6. Premi

Il contratto prevede pagamento del Premio in soluzione unica, senza possibilità di frazionamento.

Modalità di pagamento del Premio

Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- carte di debito (bancomat o carte prepagate) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui per ciascun contratto.

I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei premi.

AVVERTENZA:

Il Premio può essere oggetto di sconti qualora il Contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali la Compagnia applica tariffe agevolate (convenzioni) oppure per effetto di scontistiche concesse dalla Compagnia all'Intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente.

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in polizza. A fronte di tale sconto, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso, a fronte della concessione dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in Polizza.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Non sono previsti adeguamenti del Premio.

8. Rivalse

AVVERTENZA:

Per rivalsa si intende il diritto della Compagnia di ottenere dal responsabile del danno il rimborso di quanto la Compagnia stessa ha pagato a seguito di copertura contrattuale. La Compagnia rinuncia al diritto di surroga nei termini disciplinati all'articolo "Rinuncia al diritto di rivalsa" della Sezione "Infortuni" delle Condizioni di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

Il contratto non prevede alcun diritto di recesso.

Spetta tuttavia alla Compagnia il diritto di recesso nei casi previsti dalla Legge di cui all'art. 1898 del Codice Civile "Aggravamento del Rischio".

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 11 "Aggravamento del Rischio" delle Condizioni Generali.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

12. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate sono qui di seguito dettagliate per Sezione di garanzia:

- Infortuni	2,50%
- Assistenza	10,00%
- Rimborso spese mediche	2,50%
- Bagaglio, Effetti personali (Furto)	22,25%

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Liquidazione dell'Indennizzo per la Sezione Infortuni

AVVERTENZA:

La data di Insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio.

Con riferimento all'art. 1913 del Codice Civile "Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro" si precisa che il **Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si**

è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.

Il diritto dell'Assicurato all'Indennizzo si prescrive in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto dal quale deriva il diritto all'Indennizzo medesimo ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile "Prescrizione in materia di Assicurazione".

La Denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo, secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa dell'evento, che colpisce la garanzia Infortuni e delle sue conseguenze.

AVVERTENZA:

Per i sinistri Infortuni dove sono prevedibili postumi, il liquidatore informa l'Assicurato che la visita d'accertamento del medico legale sarà disposta dopo il ricevimento del certificato del medico curante che attesti l'esistenza e la stabilizzazione di esiti invalidanti, oppure dopo il ricevimento dell'eventuale Perizia del medico legale di Parte (le spese sostenute al riguardo, anche di eventuale altro medico, sono a carico dell'Assicurato).

AVVERTENZA:

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative, si rimanda alla Sezione "In caso di Sinistro - Infortuni" delle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di denuncia e di liquidazione, si riportano, a titolo puramente esemplificativo, le fasi principali di un processo liquidativo standard che potrebbero tuttavia subire delle modifiche a seconda dei diversi casi.

Processo liquidativo Garanzia Infortuni:

1. Denuncia dettagliata dell'Infortunio alla Compagnia entro 5 giorni dall'evento (specificando a titolo esemplificativo, ma non esaustivo, circostanze, dinamica, data e ora, luogo ed eventuali testimoni, etc.);
2. Invio certificato di guarigione clinica (mediamente dopo 6 mesi dalla data dell'Infortunio);
3. Eventuale visita medica da parte della Compagnia per accertamento dei postumi permanenti;
4. Quantificazione dell'Indennizzo.

In qualsiasi caso, la Compagnia si riserva di richiedere ulteriore documentazione.

Liquidazione dell'Indennizzo per la Sezione Assistenza

AVVERTENZA:

La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di "Assistenza" a MAPFRE ASISTENCIA Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A. (di seguito Mapfre Asistencia S.A.), con sede secondaria in Milano, Via San Martino, 7 - 20122.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al paragrafo "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Assistenza" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

La richiesta di Assistenza dovrà essere fatta alla Società MAPFRE ASISTENCIA S.A., secondo le indicazioni con-

tenute nelle Condizioni di Assicurazione al capitolo “Come richiedere assistenza.

Liquidazione dell’Indennizzo per la Sezione Rimborso spese Mediche

AVVERTENZA:

La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di “Rimborso spese mediche” a Mapfre Warrenty S.p.A., con sede in Milano, Via San Martino, 7 - 20122.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al capitolo “Cosa assicuriamo” della Sezione “Rimborso spese mediche” delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

La richiesta dovrà essere fatta alla Società Mapfre Warrenty S.p.A., secondo le indicazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione al capitolo “obblighi dell’Assicurato in caso di Sinistro” della Sezione “Rimborso spese mediche”.

Liquidazione dell’Indennizzo per la Sezione Bagaglio, Effetti personali

AVVERTENZA:

La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri “Bagaglio, Effetti personali” Mapfre Warrenty S.p.A., con sede in Milano, Via San Martino, 7 - 20122.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda al paragrafo “Cosa assicuriamo” della Sezione “Bagaglio, Effetti personali” delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

La richiesta dovrà essere fatta alla Società Mapfre Warrenty S.p.A., secondo le indicazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione al paragrafo “obblighi dell’Assicurato in caso di Sinistro” della Sezione “Bagaglio, Effetti personali”.

14. Reclami

Eventuali Reclami possono essere presentati alla Compagnia o all’Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

- Alla Compagnia

Vanno indirizzati i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell’attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all’avente diritto o dei sinistri. Compete alla Compagnia anche la gestione dei reclami relativi al comportamento degli Agenti (intermediari iscritti nella sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi) di cui l’impresa si avvale per lo svolgimento dell’attività di intermediazione assicurativa, incluso il comportamento dei dipendenti e collaboratori degli Agenti.

I Reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del Reclamante, denominazione della Compagnia, dell’Intermediario Assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l’operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all’indirizzo fornito dal Reclamante. Per i reclami aventi ad oggetto il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l’intermediario interessato e consentire allo stesso di esprimere la propria posizione relativamente all’oggetto del reclamo, così come previsto dalla normativa vigente.

I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

- **ZURICH INSURANCE plc**
Rappresentanza Generale per l’Italia
Ufficio Gestione Reclami
Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it
PEC: reclami@pec.zurich.it.
- o tramite il sito internet della Compagnia www.zurich.it dove, nella sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l’inoltro dello stesso alla Compagnia.

- All’IVASS

Vanno indirizzati i Reclami:

- aventi ad oggetto l’accertamento dell’osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- nei casi in cui il reclamante non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine previsto dalla vigente normativa.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell’intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l’operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del Reclamo presentato alla Compagnia e dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell’ipotesi di mancata risposta nel termine previsto dalla vigente normativa e nell’ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del Reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell’Istituto di Vigilanza (www.ivass.it) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia www.zurich.it. La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all’indirizzo ivass@pec.ivass.it.

I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.V.A.S.S.

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06.42133206

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei Reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008 e s.m.i., che l'Assicurato può consultare sul sito www.ivass.it. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi o all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- la mediazione civile, disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e s. m. i., quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;
- l'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
- la convenzione di negoziazione assistita, istituita dal D.L.

132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

15. Arbitrato

AVVERTENZA

Nel caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre soggetti, uno dei quali di nomina dell'Assicurato.

Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di Residenza o domicilio eletto dall'Assicurato.

Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

16. Accesso all'Area Clienti Riservata

Sul sito www.zurich.it è disponibile l'Area Clienti Riservata dove il Contraente può consultare le proprie coperture assicurative in essere.

A garanzia di una consultazione sicura, è necessario richiedere le credenziali d'accesso tramite registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti Zurich sul sito www.zurich.it e seguire le istruzioni. In caso di problemi di accesso al proprio spazio riservato o di dubbi in merito alla consultazione, è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo: areaclienti@it.zurich.com.

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

ZURICH INSURANCE PLC
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
Il rappresentante legale
Camillo Candia



Glossario

Ai seguenti termini le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato:

- **per le formule individuale e gruppo** - le persone fisiche, nominativamente indicate in Polizza, residenti in Territorio Italiano;
- **per la formula Nucleo Familiare** – le persone fisiche, nominativamente indicate in Polizza, residenti in Territorio Italiano e facenti parte del medesimo Nucleo Familiare.

Avaria: qualsiasi danno sofferto dal Bagaglio durante la navigazione della nave o durante il volo dell'aeromobile.

Assicurazione - il contratto di Assicurazione.

Attività professionali - qualsiasi attività non inerente alla vita privata sia essa o meno a scopo di lucro (a titolo esemplificativo: attività commerciali, artigianali, industriali ecc., anche quando non siano esercitate come attività principali).

Bagaglio - i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'Assicurato porta con sé in Viaggio.

Beneficiari - gli eredi dell'Assicurato o le altre persone da questi designate, ai quali la Compagnia deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

Centrale liquidativa - la struttura di Mapfre Warranty S.p.A, Strada Trossi 66, 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 18,00, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni previste in Polizza.

Compagnia - è la Società Assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Contraente - il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altre persone.

Familiare - fratello/sorella, figlio/figlia, coniuge o convivente more uxorio, genitore delle persone in Viaggio riportate in Polizza.

Franchigia - l'importo prestabilito che in caso di Sinistro l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo. La Franchigia può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.

Furto - il reato previsto all'art. 624 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Indennizzo - la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio - ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario assicurativo - la persona fisica o giuridica, iscritta nel Registro unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.lgd. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Invalidità Permanente - perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta, sulla base della tabella INAIL del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 e successive modificazioni.

Istituto di Cura - struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al Ricovero dei malati. **Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

Malattia - ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia cronica - la Malattia che sia preesistente alla sottoscrizione della Polizza e che abbia comportato, negli ultimi 12 mesi, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri o trattamenti/terapie.

Malattia improvvisa - la Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza che colpisce l'Assicurato e che comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di una patologia insorta precedentemente all'inizio del Viaggio.

Malattia mentale - ogni patologia mentale e del comportamento (come per esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc) ricomprese nell'articolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD - 10 del OMS).

Malattia preesistente - Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della Polizza.

Massimale - la somma massima, stabilita nella Polizza, **fino alla concorrenza della quale la Compagnia /Struttura Organizzativa si impegna a prestare la garanzia e/o la Prestazione prevista.**

Nucleo Familiare – L'insieme delle persone risultanti dallo stato di famiglia anagrafico del Contraente ed espressamente indicate in Polizza.

Polizza - il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per la Assicurazione.

Prestazione - l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nell'accadimento di un Sinistro rientrante nella garanzia assistenza ovvero nel mo-

mento del bisogno, da parte della Compagnia tramite la propria Struttura Organizzativa/Centrale Liquidativa.

Rapina - il reato, previsto all'art. 628 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi, mediante violenza o minaccia alla persona, della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, per procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto.

Reclamante - un soggetto che sia titolare a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Residenza - il luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Retta di degenza - trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica di base fornita dalla struttura.

Ricovero - la degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio - la probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scippo - il reato, previsto agli artt. 624 e 625 n. 4 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene con destrezza, ovvero strappando la cosa di mano o di dosso alla persona, al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto.

Scoperto - la parte dell'ammontare del danno, espressa in percentuale, che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato con un minimo espresso in valore assoluto.

Sinistro - il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura Organizzativa - la struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi 66, 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (-, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Territorio Italiano - il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Validità territoriale - per la sezione Infortuni l'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che gli accertamenti dei gradi di Invalidità Permanente nonché la liquidazione dei sinistri saranno fatti in Italia e in valuta locale attuale.

Limitatamente alle sezioni: Assistenza, Spese Mediche e Furto/Bagaglio, Effetti personali, la Validità territoriale si divide in tre gruppi ed è quella indicata in Polizza.

I tre gruppi sono:

A. **ITALIA:** Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

B. **EUROPA:** i paesi del gruppo A) ed i seguenti Paesi: Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca (esclusa la Groenlandia), Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda e Irlanda del Nord, Islanda, Jugoslavia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali), Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria.

C. **MONDO:** i paesi del gruppo B) e tutti i restanti Paesi del mondo.

Paesi esclusi

Sono esclusi i seguenti paesi: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Viaggio - lo spostamento dell'Assicurato a scopo turistico, lavoro o stage.

In caso di Viaggio in aereo, nave, treno o pullman, s'intende il tragitto dalla stazione di partenza del Viaggio (aeroporto, stazione marittima o stazione autoferrotranviaria) alla stazione di ritorno.

In caso di Viaggio in auto o altro mezzo diverso da aereo, nave, treno o pullman, s'intende qualsiasi località ad oltre 50 km dal luogo di Residenza dell'Assicurato.

Esclusivamente ai fini della sezione Infortuni, sono compresi i trasferimenti dal domicilio alla stazione di partenza e dalla stazione di arrivo al domicilio stesso, compiuti in auto o altro mezzo diverso da aereo, nave, treno o pullman purché giustificati dal possesso del biglietto o altro titolo di Viaggio.

Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché, in caso di dolo o colpa grave, la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2

Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I Premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei Premi.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4

Periodo di Assicurazione

La presente Assicurazione cessa automaticamente alla scadenza indicata in Polizza senza necessità di preventiva comunicazione.

Articolo 5

Oneri fiscali

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

Articolo 6

Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La presente Polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'Assicurazione Infortuni e Malattia e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Articolo 7

Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 8

Altre Assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazio-

ni per lo stesso Rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro deve essere dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla Compagnia di non corrispondere l'Indennizzo. Limitatamente al caso in cui la Polizza sia stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da polizze automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Articolo 9

Rinvio alle norme di legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Articolo 10

Diminuzione del Rischio

In caso di diminuzione del Rischio ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, la Compagnia non è tenuta al rimborso del Premio né all'adeguamento delle rate successive in quanto non previste dalla forma contrattuale.

Articolo 11

Aggravamento del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia/Intermediario assicurativo di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Articolo 12

Soggiorno continuato all'estero

Nel caso di Polizze di durata pari a 12 mesi, qualora, nel corso di validità della Polizza, l'Assicurato soggiorni all'estero per un periodo ininterrotto di oltre 90 (novanta) giorni, tutte le prestazioni/garanzie conseguenti a sinistri verificatisi successivamente ai suddetti novanta giorni non sono dovute.

Articolo 13

Limiti di sottoscrizione

Alla scadenza della Polizza, è fatto divieto al Contraente/Assicurato, che stia prolungando il proprio Viaggio, di sottoscrivere con la Compagnia una ulteriore Polizza a copertura dello stesso.

Inoltre indipendentemente dalla durata del Viaggio, non è consentito all'Assicurato:

- stipulare la presente Polizza a Viaggio iniziato;
- sottoscrivere più volte la medesima Polizza a garanzia del medesimo Rischio al fine di elevare i capitali assicurati delle specifiche garanzie oltre il limite assuntivo previsto.

Articolo 14

Limitazione di responsabilità

La Compagnia non assume responsabilità per danni causati

dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

Articolo 15

Persone non assicurabili

Premesso che la Compagnia non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione se al momento della stipulazione della Polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da:

alcolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, si precisa che qualora l'Assicurato sia colpito da tali malattie durante la validità del contratto si applica quanto disposto dall'Art.1898 Codice Civile indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892, 1893, 1894 del C.C..

Articolo 16

Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti della Compagnia i medici eventualmente investiti dell'esame del Sinistro.

Articolo 17

Cambio del fornitore dei servizi nell'ambito della garanzia "Assistenza"

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore la garanzia Assistenza con altro fornitore che sarà comunicato con le modalità previste all'art. 37 comma 2 - Reg. ISVAP n. 35/2010 mediante pubblicazione sul sito internet della Compagnia o nell'area riservata.

La sostituzione del fornitore avverrà senza modifiche in peggiore delle condizioni contrattuali e di Premio pattuite con il Contraente.

Sezione 1- Infortuni

Cosa assicuriamo

Sono assicurate le conseguenze degli Infortuni che l'Assicurato subisca nel corso del Viaggio che determinino la Morte o la Invalidità permanente:

- a) per le formule: Individuale, Nucleo Familiare e Gruppi: nello svolgimento di normali attività extraprofessionali del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo, all'esercizio di qualsiasi professione, arte e mestiere cui si dedichi abitualmente;
- b) per la formula Individuale anche
 - nello svolgimento di una attività professionale o stage limitatamente alle occupazioni elencate nell'allegato 1) di Polizza;

- di ogni altra attività professionale o stage che non preveda lavori manuali e/o accesso a cantieri;
- salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

Garanzie

Le garanzie di seguito riportate sono operanti per le somme assicurate indicate in Polizza.

Invalidità permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità permanente che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio stesso, la Compagnia liquida un Indennizzo proporzionale alla somma assicurata, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo e calcolato come da Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione medico-legale INAIL di cui al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (Allegato 2 del presente fascicolo). L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella Tabella di valutazione medico-legale.

In caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato Sinistro e viceversa.

Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina applicando il grado di Invalidità permanente accertata alla Tabella di indennizzo indicata in Polizza.

La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale e non è trasmissibile.

Tuttavia, se l'Assicurato decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'Assicurato,
- in assenza di un'offerta della compagnia o di un accordo con l'Assicurato, l'importo, oggettivamente determinabile, sulla base di quanto previsto alla Sezione "In caso di sinistro" agli articoli "Obblighi" e "Criteri di indennizzo".

zabilità per la garanzia Infortuni”.

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'articolo "Obblighi" della Sezione "In caso di sinistro".

Grado di Invalidità accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%
1/2/3/4/5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	16
21	18
22	19
23	21
24	23
25	25

Oltre il 25% di Invalidità accertata corrisponderà una indennità di pari percentuale a quella da liquidare.

Morte

Se entro 2 anni dall'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifica il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati.

Morte presunta

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. **Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.**

Qualora successivamente al pagamento dell'Indennizzo si

abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'Assicurato, la Compagnia ha diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di Assicurazione.

Delimitazioni ed esclusioni operanti per la Sezione 1 - Infortuni

Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni conseguenti:

- 1 alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- 2 all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
- 3 a corse, gare e relative prove ed allenamenti di manifestazioni sportive di rilievo internazionale. L'esclusione non si applica in caso di corse podistiche e regate veliche svolte nelle acque interne europee e nel bacino del Mediterraneo;
- 4 alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- 5 alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli Infortuni subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'Infortunio; l'Assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'Infortunio stesso;
- 6 a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- 7 all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
- 8 alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
- 9 all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- 10 a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei Beneficiari, ad atti

di autolesionismo e al suicidio;

- 11 a operazioni chirurgiche non rese necessarie da Infortunio;
- 12 a inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, fatti di guerra e terremoti se avvenuti nel Territorio italiano;
- 13 a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
- 14 a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 15 a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini.

Condizione particolare

1) Limitazione delle garanzie al solo Rischio volo

A parziale modifica del capitolo "Cosa assicuriamo", si conviene che:

la garanzia è limitata agli Infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e voli su aereomobili militari in regolare traffico civile. L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni subiti:

- in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo;
- all'interno dei locali dell'area aeroportuale;
- durante atti di sabotaggio e/o terrorismo.

Tale condizione particolare non è operante per il pilota o altro membro dell'equipaggio.

In Caso di Sinistro

Obblighi

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della Polizza.

La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parzia-

le, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

Si precisa che l'Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del sinistro.

L'Assicurato, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'Assicurato; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Qualora l'Infortunio comporti il decesso dell'Assicurato, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di sinistro nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.
- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'Infortunio prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'Invalidità permanente, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della:

- Avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto ricovero;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio.

Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio denunciato. **Qualora l'Infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.**

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.

Controversie - arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del Sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalla Polizza, è demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di Residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e **sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.**

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.**

È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Pagamento dell'Indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata all'articolo "Obblighi" della Sezione "In caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulta dovuto e ne dà comunicazione agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Compagnia si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Qualora dopo il pagamento di un'indennità per Invalidità permanente, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde ai beneficiari espressamente indicati in Polizza la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora que-

sta sia superiore. La Compagnia non esige il rimborso nel caso contrario.

Rinuncia al diritto di rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato, o degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da questa erogate in virtù del presente contratto.

Sinistro plurimo

Nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza in conseguenza di un unico evento,

l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà in ogni caso superare l'importo di:

- 5.000.000 euro per aeromobile, nave o treno;
- 1.000.000 euro per qualunque altro mezzo di trasporto.

Nell'eventualità che le indennità liquidabili a termini delle Condizioni di Assicurazione superassero detti limiti, le stesse saranno proporzionalmente ridotte.

Sezione 2 – Assistenza

Cosa assicuriamo

La presente Sezione garantisce le prestazioni di Assistenza, elencate al paragrafo Prestazioni, che la Compagnia si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, qualora l'Assicurato si trovasse in difficoltà a seguito del verificarsi del Sinistro accaduto nel corso del Viaggio:

- a) per le formule: Individuale, Nucleo Familiare e Gruppi: nello svolgimento di normali attività extraprofessionali del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo, all'esercizio di qualsiasi professione, arte e mestiere cui si dedichi abitualmente;
- b) per la formula Individuale anche
 - nello svolgimento di una attività professionale o stage limitatamente alle occupazioni elencate nell'allegato 1) di Polizza;
 - di ogni altra attività professionale o stage che non preveda lavori manuali e/o accesso a cantieri;salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

Le seguenti prestazioni sono fornite **fino a tre volte per ciascun tipo entro il periodo di durata della Polizza.**

Prestazioni

1. Rientro sanitario

Se, in seguito ad infortunio o Malattia, l'Assicurato necessitasse, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Territorio Italiano, la Com-

pagnia provvederà, con spese a suo carico, ad organizzarne il rientro con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

Tale mezzo potrà essere:

- l'aereo sanitario
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il rientro sanitario da Paesi Extraeuropei, viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica. Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo potrà essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il Viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

La Compagnia avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di Viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa organizzerà, con spese a carico della Compagnia, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Territorio Italiano. **Sono escluse dalla Prestazione:**

- le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il Viaggio;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- le spese relative alla cerimonia funebre e quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

2. Rientro con un compagno di Viaggio assicurato

Se, successivamente alla Prestazione di Rientro Sanitario (vedi Prestazione 1) per i medici della Struttura Organizzativa non fosse necessaria l'assistenza sanitaria all'Assicurato durante il Viaggio di rientro alla sua Residenza o al luogo di Ricovero in Territorio Italiano, ed un compagno di Viaggio assicurato desiderasse accompagnarlo, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare anche il compagno di Viaggio con lo stesso mezzo utilizzato per l'Assicurato. La Compagnia avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di Viaggio non utilizzato per il rientro del compagno di Viaggio.

La Compagnia terrà a proprio carico i costi:

- fino alla concorrenza massima di Euro 200,00 se il Viaggio di rientro avverrà dal Territorio Italiano;
- fino alla concorrenza massima di Euro 400,00 se il Viaggio di rientro avverrà dall'estero.

Sono escluse dalla Prestazione le spese di soggiorno del compagno di Viaggio.

3. Rientro degli altri Assicurati

Se, successivamente alla Prestazione di Rientro Sanitario (vedi Prestazione 1), le persone assicurate che viaggiavano con

l'Assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria Residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa fornirà loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. La Compagnia avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di Viaggio non utilizzati per il rientro.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- fino ad un importo massimo di Euro 200,00 per persona assicurata se il Viaggio di rientro avverrà dal Territorio Italiano;
- fino ad un importo massimo di Euro 400,00 per persona assicurata se il Viaggio di rientro avverrà dall'estero.

4. Consulenza medica

Se l'Assicurato, in caso di Malattia e/o Infortunio, necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

Si precisa che tale consulto, considerate le modalità di Prestazione del servizio non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

5. Invio di un medico o di una autoambulanza in Italia

Se dopo una Consulenza Medica (vedi Prestazione 4), l'Assicurato avesse bisogno di una visita medica, la Compagnia provvederà con spese a suo carico, ad inviare al suo domicilio uno dei medici con lei convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La Prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

6. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se dopo una Consulenza Medica (vedi Prestazione 4), l'Assicurato avesse bisogno di una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

7. Interprete a disposizione all'estero

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto.

I costi dell'interprete saranno a carico della Compagnia per un massimo di 8 ore lavorative.

8. Viaggio di un Familiare

Se l'Assicurato venisse ricoverato in un Istituto di Cura per più di 7 giorni, la Compagnia fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad una persona da questi designata, residente in Territorio Italiano, di raggiungerlo.

La Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo in loco per la persona designata dall'Assicurato ricoverato. La Compagnia terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) fino ad un im-

porto massimo complessivo di Euro 250,00.
Sono escluse dalla Prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

9. Rientro dell'Assicurato convalescente

Se, per un Ricovero in Istituto di Cura, l'Assicurato non potesse rientrare alla propria Residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Compagnia gli fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

10. Accompagnamento dei minori

Se, a seguito di Infortunio, Malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato in Viaggio si trovasse nell'impossibilità di occuparsi degli assicurati minori di 15 anni che viaggiavano con lui, la Compagnia fornirà, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad un Familiare residente in Territorio Italiano di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro Residenza in Territorio Italiano.

Sono escluse dalla Prestazione le spese di soggiorno del Familiare accompagnatore.

11. Prolungamento del soggiorno

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettessero di intraprendere il Viaggio di rientro alla sua Residenza nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) per il massimo di cinque giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di Euro 100,00 giornalieri per Assicurato ammalato/infortunato.

Sono escluse dalla Prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

12. Anticipo spese di prima necessità

Se l'Assicurato dovesse sostenere spese impreviste e si trovasse nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di: Infortunio, Malattia, Furto, Rapina, Scippo o mancata consegna del Bagaglio, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo complessivo di Euro 250,00. Per importi superiori la Prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Territorio Italiano, la Compagnia avrà ricevuto adeguate garanzie.

L'importo delle fatture pagate dalla Compagnia a titolo di anticipo non potrà mai comunque superare la somma di Euro 5.000,00.

Sono esclusi dalla Prestazione:

- il trasferimento di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Territorio Italiano o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.
- i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Ter-

ritorio Italiano alla Compagnia adeguate garanzie di restituzione.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

13. Anticipo cauzione penale

Se l'Assicurato fosse arrestato o minacciato di arresto e fosse pertanto tenuto a versare alle Autorità Straniere una cauzione penale per essere rimesso in libertà e non potesse provvedervi direttamente ed immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, la cauzione penale.

La Compagnia anticiperà il pagamento della cauzione penale fino ad un importo massimo di Euro 5.000,00.

La Prestazione diventerà operante dal momento in cui, in Territorio Italiano, la Compagnia avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie.

Sono esclusi dalla Prestazione:

- il trasferimento di valuta all'estero che comporti violazione delle disposizioni in materia vigenti in Territorio Italiano o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- il caso in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Territorio Italiano alla Compagnia adeguate garanzie di restituzione.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

14. Segnalazione legale all'estero

Se l'Assicurato, in caso di arresto o di minaccia di arresto, necessitasse di assistenza legale la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato un legale, nel rispetto delle regolamentazioni locali.

La Compagnia anticiperà per conto dell'Assicurato, a richiesta dello stesso, il pagamento della parcella fino all'equivalente in valuta locale di Euro 5.000,00.

Nel caso l'ammontare delle fatture superasse l'importo complessivo di Euro 5.000,00 la Prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Territorio Italiano, la Compagnia avrà ricevuto adeguate garanzie.

Sono esclusi dalla Prestazione:

- il trasferimento di valuta all'estero che comporti violazione delle disposizioni in materia vigenti in Territorio Italiano o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- il caso in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Territorio Italiano alla Compagnia adeguate garanzie di restituzione.

La Prestazione sarà operante solo nei paesi nei quali esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

15. Rientro anticipato

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, dovesse rientrare alla propria Residenza, prima della data che aveva programmato, a causa della morte (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del Ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Compagnia provvederà a fornirgli, con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità ad utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 giorni dal Sinistro il certificato di morte e ogni altra documentazione utile che gli verrà richiesta.

Esclusioni operanti per la sezione Assistenza

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- a. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b. alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c. guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d. dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- e. malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- f. malattie croniche;
- g. malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il Viaggio;
- h. espanto e/o trapianto di organi;
- i. malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- j. tentato suicidio o suicidio;
- k. sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non diletantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- l. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici,

disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;

- m. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.
- n. tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare.
- o. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <http://watch.exclusive-analysis.com/lists/cargo> che riportano un grado di Rischio uguale o superiore a 4.0".
- p. Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.
- q. Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di Sinistro e/o richiesta di assistenza, tumulti popolari.
- r. Non è possibile inoltre erogare prestazioni in natura (pertanto l'assistenza), ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un Rischio guerra.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la decadenza al diritto alle prestazioni di assistenza, ai sensi dell'art. 1915 c.c..

Come richiedere assistenza

In caso di erogazione di prestazioni di Assistenza, la Struttura Organizzativa di Mapfre Asistencia S.A. è in funzione:

24 ore su 24

dall'Italia al numero verde 800-181515

dall'Estero al numero +39 015-2559790

IMPORTANTE: Non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- Numero della Polizza, preceduto dalla sigla ZVIA;
- Indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- Recapito telefonico.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente

mente la Struttura Organizzativa, potrà inviare un fax al numero +39 015-2559604.

Sezione 3 - Rimborso spese mediche

Cosa assicuriamo

La presente garanzia è dovuta in seguito a sinistri occorsi all'Assicurato nel corso del Viaggio.

- a) per le formule: Individuale, Nucleo Familiare e Gruppi: nello svolgimento di normali attività extraprofessionali del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo, all'esercizio di qualsiasi professione, arte e mestiere cui si dedichi abitualmente;
- b) per la formula Individuale anche
 - nello svolgimento di una attività professionale o stage limitatamente alle occupazioni elencate nell'allegato 1) di Polizza;
 - di ogni altra attività professionale o stage che non preveda lavori manuali e/o accesso a cantieri;

salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

La garanzia potrà essere richiesta anche più volte entro il periodo di durata della Polizza, fermo restando che l'importo complessivo degli indennizzi corrisposti non potrà superare i massimali previsti. Per la formula "Nucleo Familiare", il Massimale previsto è da intendersi operante quale Massimale unico, per periodo assicurativo, per Sinistro e per l'insieme di tutti gli assicurati indicati in Polizza facenti parte del medesimo Nucleo Familiare.

Franchigia:

in seguito alla valutazione positiva della documentazione pervenuta, la Compagnia procederà alla liquidazione del danno e al relativo pagamento, al netto della Franchigia fissa ed assoluta di Euro 50.

Qualora l'Assicurato in seguito a Malattia improvvisa o ad Infortunio dovesse sostenere spese mediche/farmaceutiche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del Viaggio, durante il periodo di validità della garanzia, la Compagnia provvederà al loro rimborso, in Territorio Italiano fino alla concorrenza di Euro 1.000, all'Estero fino alla concorrenza dell'importo previsto a tale titolo in Polizza, per Assicurato e/o Nucleo Familiare e per periodo di validità della Polizza stessa.

Solo in caso di Infortunio, sono comprese in garanzia anche le ulteriori spese per le cure ricevute al rientro al luogo di Residenza, purché effettuate nei 45 giorni successivi all'Infortunio stesso.

Pagamento spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche con presa a carico:

in caso di Ricovero l'Assicurazione è operante fino alla data di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura o fino alla data in cui, a giudizio della Centrale liquidativa, l'Assicurato venga considerato rimpatriabile.

La garanzia è operante, entro i limiti del Massimale indicato in Polizza ed entro il periodo di validità della stessa, per le spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche che l'Assicurato sostenga nel corso del Viaggio per un periodo che non superi i 120 giorni dal verificarsi del Sinistro;

a. Rimborso spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche preventivamente autorizzate:

nei casi in cui non fosse possibile effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate qualora siano state autorizzate preventivamente dalla Struttura Organizzativa e, comunque, non oltre la data di dimissioni dell'Assicurato o fino alla data in cui, a giudizio della Centrale liquidativa stessa, l'Assicurato venga considerato rimpatriabile;

b. Mancata attivazione Struttura Organizzativa:

salvo il caso di comprovata impossibilità a contattare la Centrale liquidativa, verranno in ogni caso rimborsate le spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili sostenute sul posto nel corso del Viaggio per Malattia improvvisa e/o per Infortunio, sino alla concorrenza del Massimale di Euro 1.500,00, per Sinistro e per durata Polizza.

Nei massimali indicati in Polizza sono comprese:

- le rette di degenza in Istituto di Cura prescritto dal medico:
 1. fino a Euro 200 al giorno per Assicurato per viaggi con destinazione Territorio Italiano;
 2. fino a Euro 400 al giorno per Assicurato per viaggi con destinazione Europa e Mondo;
 3. fino a Euro 1.000 al giorno per Assicurato per viaggi con destinazione Stati Uniti d'America e Canada;
- le spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di Infortunio, fino a Euro 100 per Assicurato;
- le spese per riparazioni di protesi, solo a seguito di Infortunio, fino a Euro 100,00 per Assicurato.
- le spese di trasporto solo se sostenute all'estero, dal luogo dell'Infortunio all'Istituto di Cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, fino a Euro 1.500,00 per Assicurato.

Esclusioni operanti per la sezione Rimborso spese mediche

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- a. gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b. alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c. guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti po-

- polari, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d. dolo dell'Assicurato o colpa grave;
 - e. malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
 - f. malattie croniche;
 - g. malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il Viaggio;
 - h. espianto e/o trapianto di organi;
 - i. malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - j. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze.
 - k. malattie preesistenti;
 - l. tentato suicidio o suicidio;
 - m. sport aerei in genere, guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, parapendii ed assimilabili, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, atti di temerarietà, infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
 - n. tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare.
- Sono inoltre escluse dalla garanzia:
- o. tutte le spese sostenute dall'Assicurato qualora non abbia denunciato alla Compagnia, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto Ricovero o Prestazione di Pronto Soccorso;
 - p. le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di Infortunio);
 - q. le spese per acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, le spese per apparecchi ortopedici e/o protesici (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di Infortunio);
 - r. le spese per le visite di controllo in Territorio Italiano per situazioni conseguenti a malattie iniziate in Viaggio;
 - s. le spese di trasporto e/o trasferimento verso l'Istituto di Cura e/o il luogo di alloggio dell'Assicurato.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato è tenuto a contattare telefonicamente la Centrale Liquidativa - in funzione:

dalle ore 8,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì
dall' Italia al numero verde 800181515
dall' Estero al numero +39 015-2559790
Indicando la prestazione di cui intende usufruire.

In caso di richiesta di presa in carico l'Assicurato dovrà inviare copia della prescrizione medica, inoltrando la stessa al seguente indirizzo di posta elettronica:

sinistrizurich@mapfrewarranty.it

o mezzo telefax al numero:

+39 015 2559505

In caso di rimborso indiretto, successivamente al contatto immediato con la Centrale Liquidativa, l'Assicurato dovrà effettuare, entro e non oltre sessanta giorni dal verificarsi del Sinistro, una denuncia scrivendo a:

Mapfre Warranty S.p.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI),

indicando sulla busta "Ufficio Liquidazione Sinistri Malattia" e inviando mezzo posta:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza;
- copia di certificato di Pronto Soccorso redatto sul luogo del Sinistro riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'Infortunio subito;
- in caso di Ricovero, copia all'originale della cartella clinica;
- copia di originali di fatture, scontrini o ricevute fiscali per le spese sostenute, complete dei dati fiscali (P.IVA o Codice Fiscale) degli emittenti e degli intestatari delle ricevute stesse;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei medicinali acquistati;

Centrale Liquidativa potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del Sinistro, ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro possono comporta la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

Sezione 4 - Bagaglio, Effetti personali

Cosa assicuriamo

Premessa: La garanzia della presente Sezione è valida solo se è espressamente richiamata in Polizza e se ne è stato pagato il relativo Premio.

La Compagnia indennizza l'Assicurato dei danni materiali e diretti a lui derivanti da Furto, incendio, Rapina, Scippo, smarrimento, mancata riconsegna e/o danneggiamento da parte del vettore del proprio Bagaglio e/o dei propri effetti personali, compresi gli abiti indossati occorsi in Viaggio:

- a) per le formule Individuale, Nucleo Familiare e Gruppi: nello svolgimento di normali attività extraprofessionali del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo, all'esercizio di qualsiasi professione, arte e mestiere cui si dedichi abitualmente;
- b) **per la formula Individuale anche**
- nello svolgimento di una attività professionale limitatamente alle occupazioni elencate nell'allegato 1) di Polizza;
 - nello svolgimento di "stage" o di ogni altra attività professionale che non preveda lavori manuali e/o accesso a cantieri;

salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del Massimale, per Sinistro e per periodo di validità della Polizza, e con i sottolimiti riportati nella seguente tabella.

L'Indennizzo massimo per ogni oggetto, ivi comprese borse, valigie e zaini, non potrà superare l'importo di Euro 175,00.

I corredi fotocineottici (macchina fotografica, telecamera, binocolo, lampeggiatore, obiettivi, batterie, borse, ecc.) sono considerati un unico oggetto.

Rimborso per	Massimale	Scoperto
Unico collo	Combinazione Italia: € 1.000 Combinazioni Europa e Mondo: € 1.500 Formula Gruppi (tutte le combinazioni): € 1.000	La somma prevista è inoltre ridotta del 50% per i danni derivanti da: - Furto con scasso del Bagaglio contenuto all'interno del bagagliaio del veicolo regolarmente chiuso a chiave; - Furto dell'intero veicolo; - Furto di oggetti contenuti nella tenda sempreché sia posta in un campeggio regolarmente attrezzato e autorizzato.
Apparecchiature fotocineottiche e materiale fotosensibile, radio, televisori, registratori, ogni altra apparecchiatura elettronica, strumenti musicali, armi da difesa personale e/o da caccia, attrezzatura subacquea, occhiali da vista o da sole	Fino alla concorrenza del 50% del Massimale sopraindicato.	
Cosmetici, medicinali, articoli sanitari; gioielli, pietre preziose, perle, orologi, oggetti d'oro/argento/platino, pellicce e altri oggetti preziosi, solo se indossati o consegnati in deposito in albergo	Fino alla concorrenza del 30% del Massimale sopraindicato.	

Rimborso per	Massimale
Rifacimento documenti (C.I. passaporto e patente) per Furto, Rapina, Scippo, o smarrimento	Euro 50,00
Spese impreviste per l'acquisto di articoli di toilette e/o dell'abbigliamento necessario in caso di consegna del Bagaglio con un ritardo superiore alle 12 ore relativamente a voli debitamente confermati, avvenuta nell'aeroporto di destinazione del Viaggio di andata	Euro 100,00

Esclusioni operanti per la sezione Bagaglio, Effetti personali

Sono esclusi dalla garanzia "Bagaglio ed effetti personali":

- a. denaro, assegni, francobolli, biglietti e documenti di Viaggio, souvenir, monete, oggetti d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, documenti diversi da Carta d'identità, Passaporto e Patente di guida;
- b. casco, attrezzature professionali;
- c. i telefoni cellulari, i lettori MP3, i personal computer, i tablet;
- d. tutti i sinistri verificatisi durante i viaggi effettuati su motoveicoli di qualsiasi cilindrata;
- e. i danni derivanti da dolo o colpa grave dell'Assicurato e quelli provocati ad attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- f. i beni diversi da capi di abbigliamento, quali ad esempio orologi e occhiali da vista e da sole, che siano stati consegnati, anche insieme agli abiti, ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;
- g. il caso di Furto del Bagaglio contenuto all'interno del veicolo non chiuso regolarmente a chiave;

- h. il caso di Furto senza scasso del bagagliaio del veicolo;
- i. il caso di Furto del Bagaglio contenuto all'interno del veicolo e comunque visibile dall'esterno;
- j. il caso di Furto di Bagaglio a bordo del veicolo che non sia stato ricoverato in una autorimessa pubblica custodita tra le ore 20.00 e le ore 7.00;
- k. gli accessori fissi e di servizio del veicolo stesso (compresa autoradio o riproduttore estraibili);
- l. in caso di ritardata consegna del Bagaglio, tutte le spese sostenute dall'Assicurato dopo il ricevimento del Bagaglio.

Tutti i sinistri provocati o dipendenti da:

- a. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c. dolo dell'Assicurato.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Per la garanzia "Bagaglio ed effetti personali, in caso di Sinistro, l'Assicurato è tenuto a contattare telefonicamente la Centrale Liquidativa in funzione:

dalle ore 8,00 alle ore 18,00 dal lunedì al venerdì
 dall' Italia al numero verde 800-181515
 dall' Estero al numero +39 015-2559790
 Indicando la prestazione di cui intende usufruire.

L'Assicurato dovrà presentare, entro e non oltre sessanta giorni dal giorno del sinistro, attraverso il seguente indirizzo di posta elettronica:

sinistrizurich@mapfrewarranty.it

o mezzo telefax al numero:

+39 015 2559505

O scrivendo a:

Mapfre Warranty S.p.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI),
 (indicando sulla busta "Ufficio Liquidazione Sinistri pratiche viaggio")

Le seguenti informazioni:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza;
- copia dei biglietti di Viaggio o gli estremi del soggiorno;
- copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il fatto;
- le circostanze dell'accaduto;
- l'elenco degli oggetti smarriti o rubati, il loro valore e la data di acquisto;
- i nominativi degli Assicurati che hanno subito il danno;
- copia della lettera di reclamo presentata all'albergatore o vettore o altro responsabile del danno;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti, se sostenute;

- copia di originali di fatture, scontrini o ricevute fiscali, complete dei dati fiscali (P. IVA o Codice Fiscale) degli emittenti e degli intestatari delle ricevute stesse, comprovanti il valore dei beni danneggiati o sottratti e la loro data di acquisto;
- copia di fattura di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati o sottratti redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista del settore;
- autorizzazione al trattamento dei dati ivi compresi dati sensibili.

Solo in caso di mancata consegna e/o danneggiamento dell'intero Bagaglio, o di parte di esso, consegnato al vettore aereo occorre allegare alla richiesta di rimborso:

- copia del Rapporto Irregolarità Bagaglio (PIR) effettuata immediatamente presso l'Ufficio aeroportuale specificatamente adibito ai reclami per i bagagli smarriti;
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

In caso di ritardata consegna del Bagaglio l'Assicurato dovrà inviare:

- una dichiarazione della Società di gestione aeroportuale o del vettore aereo che attesti l'avvenuta ritardata consegna del Bagaglio oltre le 12 ore e l'ora dell'avvenuta consegna;
- copia di originali di fatture, scontrini o ricevute fiscali, complete dei dati fiscali (P.IVA o Codice Fiscale) degli emittenti e degli intestatari delle ricevute stesse, comprovanti il valore dei beni acquistati;
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso;

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro possono comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C..

Criteri per la liquidazione del danno

In caso di responsabilità di terzi (vettore, albergatore) l'Indennizzo avverrà, fino alla concorrenza del Massimale previsto in Polizza, successivamente a quello eventuale del vettore o dell'albergatore, al netto di quanto già indennizzato e solo qualora il risarcimento sia inferiore al danno subito.

Il danno è liquidato in base al valore commerciale che i beni assicurati avevano al momento del Sinistro, secondo quanto risulta dalla documentazione fornita alla Compagnia.

In caso di oggetti acquistati non oltre tre mesi prima del verificarsi del Sinistro, il rimborso verrà effettuato in base al valore di acquisto, se comprovato dalla relativa documentazione.

In caso di Avaria verrà rimborsato il costo della riparazione su presentazione di fattura.

In nessun caso si terrà conto dei cosiddetti valori affettivi.

Data ultimo aggiornamento: 1 Marzo 2018

Allegato 1)

Elenco Attività professionali

Attività professionali	
addetto alle pulizie	casaro
agente di commercio, propagandista	cesellatore, scultore
agente o Intermediario assicurativo, promotore finanziario - creditizio	collaboratore/ricce domestico/a, baby sitter, badante
agente o rappresentante di artisti ed atleti	collaboratore/ricce scolastico/a
agronomo con accesso a cantieri	commercialista
agronomo senza accesso a cantieri	commerciante ambulante
albergatore, ristoratore	commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale con partecipazione a lavori di installazione
allenatore sportivo, personal trainer, maestro di sport	commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di articoli igienico sanitari
allevatore, addestratore di cani e di gatti	commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di elettrodomestici, radio tv
amministratore d'azienda con mansioni prevalentemente interne	commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di mobili
amministratore d'azienda con mansioni esterne	commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale senza laboratorio di riparazione e senza partecipazione a lavori di installazione
amministratore di beni immobiliari	coreografo, ballerino, insegnante di danza
analista biologo, chimico, fisico	cuoco, gastronomo, pizzaiolo
appartenente al clero	curatore di musei
architetto con accesso a cantieri	dentista
architetto senza accesso ai cantieri	dirigente con mansioni amministrative prevalentemente interne
archivista, bibliotecario	dirigente con mansioni esterne
arredatore di interni	disegnatore, pittore, grafico
assistente di volo - solo Rischio extra prof	docente di educazione fisica
assistente sociale	docente scolastico o universitario di materie manuali tecniche e sperimentali
attore (escluso stunt man e controfigura)	docente scolastico o universitario, escluso l'insegnamento di materie manuali tecniche e sperimentali
autista, taxista	ebanista, liutaio
avvocato	enologo, enotecnico, sommelier
bagnino, assistente bagnanti	
bambino/a in età prescolare	
barista, cameriere	
benestante senza altra attività professionale	
casalingo/a	

Attività professionali

erborista	notaio
estetista, truccatore	odontotecnico
farmacista	operaio (escluso muratore) che non utilizza macchine utensili
fioraio	operatore in centri elaborazione dati
fisioterapista, massaggiatore	orafo, orefice, orologiaio, gioielliere
fotografo, cineoperatore	ostetrico/a
geologo	ottico, optometrista
geometra con accesso a cantieri	parrucchiere per uomo e per donna, barbiere
geometra senza accesso a cantieri	pellicciaio, pellettiere
gestore e/o dipendente di cinema, teatri	pensionato
gestore e/o dipendente di distributori di carburanti - escluse attività lavaggio e manutenzione	perito, accertatore con svolgimento di sopralluoghi tecnici
gestore e/o dipendente di garage e autorimesse	pilota di aereo ed elicottero - solo Rischio extra prof
gestore e/o dipendente di laboratorio ed azienda di panetteria, pasticceria, pastificio, gelateria	portinaio, custode, usciere
gestore e/o dipendente di lavanderia o tintoria	postino
giardiniere (escluso abbattimento di piante ad alto fusto), vivaista, floricoltore, orticoltore	programmatore informatico
giornalaio, edicolante	psicologo, sociologo
giornalista, pubblicista	quadro, funzionario con mansioni amministrative prevalentemente interne
guida turistica, accompagnatore turistico	quadro, funzionario con mansioni esterne
hostess di eventi, promoter	radiotecnico, esclusa installazione di antenne
igienista dentale	regista, direttore artistico, sceneggiatore, scenografo
impiegato con mansioni amministrative prevalentemente interne	restauratore di oggetti d'arte, senza accesso ad impalcature e ponteggi
impiegato con mansioni esterne	ricercatore e/o assistente universitario
imprenditore, titolare di azienda con mansioni amministrative prevalentemente interne	sarto, tagliatore artigianale, modellista, cappellaio, ricamatore
imprenditore, titolare di azienda con mansioni esterne	scrittore
indossatore/ricce, modello/a	soccorritore sanitario
infermiere	spedizioniere
ingegnere con accesso ai cantieri	stagista e/o tirocinante con accesso a cantieri e/o laboratori
ingegnere senza accesso a cantieri	stagista e/o tirocinante con mansioni interne, senza accesso a cantieri e/o laboratori
interprete, traduttore	studente
istruttore di scuola guida	tabaccaio
magistrato	tecnico radiologo
medico specialista o generico	veterinario
musicista: compositore, concertista, direttore d'orchestra, insegnante di musica	vetrinista

Allegato 2)

Tabella di valutazione medico-legale

Tabelle di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione INAIL T.U. 30 Giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrispondono indennità	---	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	

Tabelle di valutazione del grado percentuale di Invalidità permanente	Tabella di valutazione INAIL T.U. 30 Giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia totale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	
Perdita totale della voce	35%	

* (In caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e quelle del Sinistro al destro).

Allegato 3)

Modulo di denuncia Sinistro

Gentile cliente,

abbiamo predisposto questo modulo per semplificare le operazioni in caso di Sinistro e rendere più veloce la liquidazione del danno.

La invitiamo a compilare il modulo con attenzione e di inoltrarlo, personalmente o via fax, al suo Intermediario assicurativo **entro 5 giorni**.

Modulo Denuncia Sinistro per la Sezione 1- Infortuni

Da inoltrare via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la Polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ **N° POLIZZA** _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'Infortunio):

Cognome _____ Nome _____
 Indirizzo _____
 Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, Assicurato della Polizza in oggetto, in merito all'Infortunio avvenuto in data _____
 luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____
 Pronto soccorso: SI se si, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria
 NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:
 non esistono a mio nome altre polizze Infortuni;
 esistono altre polizze Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:
 COMPAGNIA ASSICURATRICE _____ N° POLIZZA _____

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____



Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. 1.00066

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

03.2018 - P.1950

