

Viaggiare nel mondo



**Zurich 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

- A. Informazioni sull'impresa di assicurazione
- B. Informazioni sul contratto
- C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Sezione 1 - Infortuni

- Cosa assicuriamo
- Esclusioni operanti per la Sezione 1 - Infortuni
- In Caso di Sinistro

Sezione 2 - Assistenza

- Cosa assicuriamo

Sezione 3 - Rimborso Spese Mediche

- Cosa assicuriamo
- In Caso di Sinistro

Sezione 4 - Bagaglio

- Cosa assicuriamo
- In Caso di Sinistro

Esclusioni operanti per le sezioni 2, 3 e 4

Come chiamare la Struttura Organizzativa

Allegato 1: modulo di denuncia Sinistro

Nota informativa

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

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

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. 02.59662510 - Telefax n. 02.26622768
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 (IFR).

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.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese ISVAP (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 2.356.035.829,00 euro, formato da un capitale sociale di 4.861.000,00 euro e riserve patrimoniali per 2.351.174.829,00 euro.

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 469,5%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

B. Informazioni sul contratto

Il contratto non prevede tacito rinnovo alla naturale scadenza.

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 (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 e Articolo 7 delle Condizioni di Assicurazione;
- Per la Sezione 1 - "Infortuni":
"Cosa Assicuriamo"; "In caso di morte"; "In caso di Invalidità Permanente"; "Condizione particolare"; "Esclusioni operanti per la Sezione 1 - Infortuni"; "Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie"; "Criteri di indennizzabilità";
- Per la Sezione 2 - "Assistenza":
"Premessa"; "Cosa Assicuriamo"; "Esclusioni operanti per le sezioni 2, 3 e 4";
- Per la Sezione 3 - "Rimborso spese mediche":
"Cosa Assicuriamo"; "Esclusioni operanti per le sezioni 2, 3 e 4";
- Per la Sezione 4 - "Bagaglio":
"Cosa Assicuriamo", "Esclusioni operanti per le sezioni 2, 3 e 4".

AVVERTENZA:

Non sono previste particolari ipotesi di sospensione della garanzia.

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 e precisamente ai paragrafi:

- Per la Sezione 1 - "Infortuni":
"Sinistro plurimo"; "Criteri di indennizzabilità";
- Per la Sezione 2 - "Assistenza":
"Cosa Assicuriamo" agli artt. 4, 5, 6,7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 16;

- Per la Sezione 3 - “Rimborso spese mediche”:
“Cosa Assicuriamo”, “Criteri per la liquidazione del danno”;
- Per la Sezione 4 - “Bagaglio”:
“Cosa Assicuriamo” alle voci “Criteri per la liquidazione del danno” e “Spese per ritardata consegna del bagaglio”.

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 dello Scoperto 10% con minimo 25,00 euro e massimo 2.600,00 euro:

| | |
|----------------------------------------------|----------------|
| Somma assicurata/Massimale: | 10.000,00 euro |
| Ammontare del danno/spese: | 5.000,00 euro |
| Scoperto 10% sull'ammontare del danno/spese: | 500,00 euro |
| Ammontare del danno – Scoperto: | 4.500,00 euro |
| Indennizzo: | 4.500,00 euro |

Esempio 2: Invalidità permanente a seguito di Infortunio, prestazione soggetta all'applicazione di Franchigia.

Franchigia relativa di 5 punti, in caso di Infortunio che abbia comportato un grado di Invalidità permanente accertata pari a 7 punti, l'indennizzo viene determinato su:

| | |
|----------------------------------------|-----------------|
| Somma assicurata: | 100.000,00 euro |
| I.P. accertata 7 punti (= 7%): | 7.000,00 euro |
| Franchigia 5 punti (7 – 5 = 2%) | |
| Indennizzo = 2% della somma assicurata | 2.000,00 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 9 “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 9 “Aggravamento del Rischio” e 10 “Diminuzione del Rischio” delle Condizioni di Assicurazione.

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.

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

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestata all'Impresa di Assicurazione oppure all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato all'Impresa di Assicurazione o all'Intermediario assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bancomat o carta di credito/debito se disponibile presso l'Intermediario assicurativo;
- denaro contante per un importo massimo di 750,00 euro annui.

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.

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 alla 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 c.c. “Aggravamento del rischio”.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 9 “Aggravamento del Rischio” delle Condizioni di Assicurazione.

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 pagamen-

to delle rate di Premio) si prescrivono in due 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 (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 due 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 liquidati-

ve, 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” ad Europ Assistance Italia S.p.A., con sede in Milano, Piazza Trento, 8.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alla “Premessa” della Sezione “Assistenza” delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

La richiesta di Assistenza dovrà essere fatta alla Società Europ Assistance, secondo le indicazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione al capitolo “Come chiamare la Struttura Organizzativa”.

Liquidazione dell’Indennizzo per la Sezione Rimborso spese mediche

AVVERTENZA:

La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di “Rimborso spese mediche” ad Europ Assistance Italia S.p.A., con sede in Milano, Piazza Trento, 8.

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 utilizzando l’apposito modulo di denuncia di Sinistro e inoltrata alla Società Europ Assistance, secondo le indicazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione al capitolo “In caso di Sinistro – obblighi dell’Assicurato” della Sezione “Rimborso spese mediche”.

Liquidazione dell’Indennizzo per la Sezione Bagaglio

AVVERTENZA:

La Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri “Bagaglio” ad Europ Assistance Italia S.p.A., con sede in Mi-

lano, Piazza Trento, 8.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alla "Premessa" della Sezione "Assistenza" delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

La richiesta dovrà essere fatta utilizzando l'apposito modulo di denuncia di sinistro e inoltrata alla Società Europ Assistance, secondo le indicazioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione al paragrafo "In caso di Sinistro – obblighi dell'Assicurato" della Sezione "Bagaglio".

14. Reclami

Eventuali reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (ISVAP) e all'autorità irlandese competente (Financial Service Ombudsman's Bureau) 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 della gestione dei sinistri.

I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

ZURICH INSURANCE plc
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Gestione reclami
Via Benigno Crespi n.23, 20159 Milano
Fax numero: 02.2662.2243
E-mail: reclami@zurich.it

I reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del reclamante, denominazione dell'Impresa, dell'Intermediario 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 del reclamo, all'indirizzo fornito dal reclamante.

- All'ISVAP

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 della Compagnia, degli intermediari da essa incaricati e dei periti assicurativi da essa incaricati;

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.

- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni. I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:

I.S.V.A.P.
Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo,
Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale 21, 00187 Roma
Fax numero: 06/42.133.745/353

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei reclami sono contenute nel Regolamento n. 24 dell'ISVAP, che l'Assicurato può consultare sul sito www.isvap.it.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'Isvap o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

- All'autorità irlandese competente

I reclami possono essere indirizzati secondo le disposizioni contenute nel sito

Financial Service Ombudsman's Bureau
3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Palace
Dublin 2

Modalità di reclamo e modulistica al sito: www.financialombudsman.ie

Il Financial Service Ombudsman's Bureau è un organismo indipendente e separato dalla Autorità di Vigilanza Irlandese (Central Bank of Ireland) ed è competente a trattare i reclami a servizi forniti dalle imprese di assicurazione.

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.

Il Rappresentante legale
Dott. Camillo Candia



Data ultimo aggiornamento: 28 Febbraio 2011

Glossario

Ai seguenti termini le parti attribuiscono il significato qui precisato:

Assicurato - la persona fisica residente in Italia, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - il contratto di assicurazione.

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

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.

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

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

Franchigia - l'importo prestabilito che in caso di Sinistro viene detratto dall'Indennizzo determinato a termini di contratto e che rimane a carico dell'Assicurato. La Franchigia può essere espressa in giorni 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 elettronico 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.

Invalità Permanente - perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità fisica, 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.**

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

Malattia improvvisa - la malattia di acuta insorgenza che colpisce l'Assicurato e che comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di una patologia insorta precedentemente all'inizio del viaggio.

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.**

Polizza - il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prestazione - l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, da parte della Compagnia, tramite la Struttura Organizzativa.

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.

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

Ricovero - la degenza con pernottamento in Istituto di Cura.

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 percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun Sinistro.

Sinistro - il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura Organizzativa - la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, 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, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Compagnia al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa le prestazioni di assistenza previste in Polizza. Ogni diritto nei confronti della Struttura Organizzativa si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del C.C

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, la validità territoriale si divide in tre gruppi ed è quella pattuita 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, Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gran Bretagna, Grecia, Irlanda e Irlanda del Nord, Islanda, Jugoslavia, Libia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali), Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, 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 - in caso di viaggio in aereo, treno, pullman o nave, s'intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranviaria) del viaggio a quella di arrivo in Italia. **In caso di viaggio in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, s'intende qualsiasi località ad oltre 50 km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato.**

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 artt. 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

Oneri fiscali

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

Articolo 5

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 6

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 7

Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni 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 consentirà 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.

Articolo 8

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 9

Aggravamento del Rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia 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 10

Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato/Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Sezione 1 - Infortuni

Cosa assicuriamo

Le conseguenze degli Infortuni che abbiano causato la Morte o l'Invalidità Permanente, salvo quanto riportato al capitolo "Esclusioni" della presente Sezione.

La garanzia è operante per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte mestiere cui si dedichi abitualmente, fermo quanto previsto nel capitolo "Esclusioni".

In caso di Morte

La Compagnia corrisponde la somma assicurata ai Beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato non oltre il quarto grado:

- se entro due anni dall'Infortunio, ed in conseguenza delle lesioni subite, l'Assicurato muore;
- se a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato e a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di morte presunta a termine degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'Indennizzo ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata.

L'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma di Polizza.

In caso di Invalidità Permanente

Se l'Invalidità Permanente si verifica entro due anni dal

giorno dell'Infortunio, la Compagnia:

1. accerta il grado di Invalidità Permanente sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30.06.1965 n. 1124 (Tabella INAIL).

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Nei casi non specificati nella tabella di cui sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancino, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

2. Liquidata un'indennità in percentuale sulla somma assicurata secondo la seguente tabella:

| 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.

Condizione Particolare

Limitazione della garanzia 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;
- per viaggi aerei effettuati a seguito della propria attività professionale svolta abitualmente. Tale estensione non è operante per il pilota o altro membro dell'equipaggio.

Esclusioni

operanti per la Sezione 1 - Infortuni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni conseguenti:

1. alla pratica di sport aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri) e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche/nautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
2. alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionale o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
3. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non è regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
4. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota o altro membro dell'equipaggio ed a infortuni verificatisi in occasione di voli effettuati:
 - con aeromobili non in regola con le disposizioni di legge, di regolamenti, e norme e abilitazioni relative allo stato di navigabilità e di efficienza;
 - senza che i prescritti brevetti, licenze, abilitazioni, autorizzazioni e simili siano in regolare corso di validità quando la irregolarità sia nota all'Assicurato;
5. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o ghiacciai, 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, discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio;
6. a stato di ebbrezza quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
7. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;

8. a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei Beneficiari;
9. a inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche insurrezioni, fatti di guerra e terremoti se avvenuti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino;
10. 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;
11. a trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini.

Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie

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

Rinuncia alla 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 essa effettuate 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:

- 5.000.000,00 euro per il caso Morte;
- 5.000.000,00 euro per il caso Invalidità Permanente complessivamente per aeromobile.

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

In Caso di Sinistro

Obblighi

La denuncia dell'Infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Compagnia od all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, entro cinque giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre due anni dalla data di cessazione della Polizza.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

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

Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio.

Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

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 (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale) espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia stessa si impegna a disporre il pagamento dell'Indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato.

Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio Medico, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio Medico.

Sezione 2 - Assistenza

Premessa

La Compagnia, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alla presente garanzia, si avvale di:

Europ Assistance Italia S.p.A.
con sede in Milano 20135 – Piazza Trento, 8.

Le prestazioni e le garanzie della presente Sezione di Polizza sono dovute in seguito a **Sinistri occorsi all'Assicurato esclusivamente se verificatisi in località distanti più di 50 km dal Comune di Residenza dell'Assicurato stesso.**

Le prestazioni sono dovute in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa e sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza.

Cosa assicuriamo

1. Consulenza Medica

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

2. Invio di un medico o di un'autoambulanza in Italia

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 1), emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico della Compagnia, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con la Compagnia. **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.

3. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora, successivamente ad una Consulenza Medica (vedi prestazione 1), emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita specialistica, la Struttura Organizzativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

4. Rientro sanitario

Qualora, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa 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 Italia o del rientro alla sua Residenza, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico della Compagnia, ad organizzare 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, in 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 all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro. In caso di decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Massimale:

La Compagnia terrà a proprio carico le spese relative al trasporto salma, fino ad un massimo di 5.200,00 euro per Assicurato.

In caso di Polizza Gruppo, qualora il Sinistro coinvolga contemporaneamente più Assicurati, la garanzia si intenderà complessivamente prestata fino alla concorrenza massima di 10.400,00 euro. Per importi superiori la Compagnia interverrà subito dopo aver ricevuto in Italia adeguate garanzie, in relazione al pagamento delle eccedenze, quali a titolo esemplificativo: assegni circolari, fideiussione bancaria.

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.

5. Rientro con un familiare assicurato

Qualora, successivamente alla prestazione di Rientro Sanitario (vedi prestazione 4), i medici della Struttura Organizzativa non ritenessero necessaria l'assistenza sanitaria all'Assicurato durante il viaggio, ed un familiare assicurato desiderasse accompagnarlo fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua Residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare anche il familiare 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 dal familiare dell'Assicurato.**

Massimale:

La Compagnia terrà a proprio carico i costi:

- **fino alla concorrenza massima di 210,00 euro se il viaggio di rientro avverrà dall'Italia;**
- **fino alla concorrenza massima di 415,00 euro**

se il viaggio di rientro avverrà dall'estero.

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese di soggiorno del familiare.

6. Rientro degli altri Assicurati

Qualora, successivamente alla prestazione di Rientro Sanitario (vedi prestazione 4), 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 provvederà a fornire loro un biglietto ferroviario di prima classe o un aereo di classe economica. La Compagnia avrà la facoltà di richiedere loro gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Massimale:

La Compagnia terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- fino ad un importo massimo di 210,00 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avverrà dall'Italia;
- fino ad un importo massimo di 415,00 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avverrà dall'estero.

7. Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato venisse ricoverato in un Istituto di Cura per un periodo superiore a 7 giorni, la Struttura Organizzativa fornirà, con spese a carico della Compagnia, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere il congiunto ricoverato.

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese di soggiorno del familiare.

8. Accompagnamento dei minori

Qualora, 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 Struttura Organizzativa fornirà, con spese a carico della Compagnia, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica di andata e ritorno, per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

9. Rientro dell'Assicurato convalescente

Qualora, a causa di ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia, l'Assicurato non fosse in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa gli fornirà, con spese a carico della Compagnia, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

10. Prolungamento del soggiorno

Qualora 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 stabilita, la Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo.

Massimale:

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di albergo (camera e prima colazione) per il massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo complessivo di 45,00 euro giornaliero per Assicurato ammalato/infortunato.

In caso di Polizza annua, il Massimale complessivo annuo per nucleo è di 260,00 euro fermo restando il Massimale per Sinistro e per Assicurato ammalato/infortunato di 125,00 euro.

Sono escluse dalla prestazione:

- le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

11. Segnalazione Medicinali Equivalenti

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia trovandosi all'estero, necessitasse di specialità medicinali introvabili in loco e regolarmente registrate in Italia prescritte dal medico curante, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti reperibili sul posto.

Sono esclusi dalla prestazione:

- l'invio di specialità medicinali non registrate in Italia;
- i costi dei medicinali.

12. Interprete a disposizione all'estero

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia 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.

Massimale:

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

13. Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato dovesse sostenere spese impreviste e si trovasse nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di: un Infortunio, una Malattia, un Furto, una Rapina, uno Scippo o una 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 160,00 euro.

Massimale:

Nel caso l'ammontare delle fatture superasse l'importo complessivo di 160,00 euro, la prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Italia, la Compagnia avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie quali, a titolo esemplificativo: assegni circolari, fideiussione bancaria. L'importo delle fatture pagate dalla Compagnia a titolo di anticipo non potrà mai comunque superare la somma di 2.600,00 euro.

Sono esclusi dalla prestazione:

- i trasferimenti di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Italia alla Compagnia adeguate garanzie di restituzione.

Obblighi dell'Assicurato:

L'Assicurato dovrà comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano alla Compagnia di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. 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. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, dovesse rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la Struttura Organizzativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Compagnia, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo in Italia, dove avverrà la sepoltura.

Nel caso in cui l'Assicurato viaggiasse con un minore, purché assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare entrambi. 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.

Sono esclusi dalla prestazione:

- i casi in cui l'Assicurato non possa fornire alla Struttura Organizzativa adeguate informazioni sui motivi che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Obblighi dell'Assicurato:

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 giorni dal Sinistro la documentazione originale relativa alle informazioni richieste.

15. Informazioni sanitarie

La prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal Lunedì al Venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato desiderasse ricevere, le seguenti informazioni relative al paese nel quale intende recarsi:

- vaccinazioni obbligatorie e/o consigliate;
- rischi sanitari e alimentari;
- precauzioni igienico-sanitarie;

potrà contattare la Struttura Organizzativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste.

16. Invio di messaggi urgenti

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia l'Assicurato fosse impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà alla comunicazione del messaggio al destinatario.

Esclusioni:

La Struttura Organizzativa non è responsabile dei messaggi trasmessi.

Sezione 3 - Rimborso Spese Mediche

Cosa assicuriamo

Qualora l'Assicurato, in seguito a Malattia improvvisa o ad Infortunio, dovesse sostenere spese mediche/farmaceutiche/ospedaliere per cure o interventi 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 base al massimale previsto. **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.**

Massimale:

Sono rimborsate sino al raggiungimento del Massimale indicato in Polizza per Assicurato e per il periodo di validità di Polizza stessa le spese sostenute per:

- ricoveri presso Istituti di Cura o luogo attrezzato per il Pronto Soccorso;

- spese mediche e farmaceutiche;

con la possibilità - nel caso si avvalga di strutture convenzionate - del pagamento diretto da parte della Compagnia sul posto per tramite della Struttura Organizzativa.

In caso di Polizza Gruppo, qualora il Sinistro coinvolga contemporaneamente più Assicurati, la garanzia si intenderà complessivamente prestata fino alla concorrenza massima di un importo pari a 10 (dieci) volte la somma assicurata per persona. Se il predetto limite massimo risulterà insufficiente a coprire per intero il totale degli Indennizzi liquidabili a termini di Polizza in dipendenza del medesimo Sinistro, la Compagnia liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli Indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di Polizza.

Nei Massimali indicati sono comprese:

- le rette di degenza in Istituto di Cura prescritto dal medico fino a 105,00 euro al giorno per Assicurato;
- le spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di Infortunio, fino a 105,00 euro per Assicurato;
- le spese per riparazioni di protesi, solo a seguito di Infortunio, fino a 105,00 euro per Assicurato.

All'estero, i suddetti sotto Massimali si intendono elevati fino a 210,00 euro per Assicurato qualora il Massimale previsto nel Modulo di Polizza fosse superiore a 10.000,00 euro.

Scoperto:

Il rimborso viene effettuato, per ogni singolo Sinistro, applicando uno Scoperto del 10% sulle spese sostenute con un minimo di 25,00 euro ed un massimo di 2.600,00 euro.

Sono escluse dalla presente Sezione:

- tutte le spese sostenute dall'Assicurato, qualora non abbia denunciato alla Compagnia, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso;
- 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);

- le spese per acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, le spese per apparecchi ortopedici e/o protesici;
- le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio.

In Caso di Sinistro

Obblighi dell'Assicurato

In caso di Sinistro, successivamente al contatto telefonico immediato con la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dovrà inviare, entro e non oltre sessanta giorni dal verificarsi del Sinistro, una denuncia scritta indirizzata a: Europ Assistance - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano evidenziando sulla busta l'Ufficio competente (Ufficio Liquidazione Sinistri - Rimborso Spese Mediche) ed indicando:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza preceduto dalla sigla ZVIA;
- certificato di Pronto Soccorso redatto sul luogo del Sinistro riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifica la tipologia e le modalità dell'Infortunio subito;
- in caso di Ricovero, copia della cartella clinica;
- originali delle ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei medicinali acquistati.

Criteri per la liquidazione del danno

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, l'Ufficio Liquidazione Sinistri della Compagnia procederà alla liquidazione del danno e al relativo pagamento, al netto dello scoperto previsto.

Sezione 4 - Bagaglio

Cosa assicuriamo

1. Assicurazione Bagaglio ed Effetti Personali

Qualora l'Assicurato subisse danni materiali e diretti a causa di Furto, Furto con scasso, Rapina, Scippo, perdita, smarrimento, avaria del proprio bagaglio e/o dei propri effetti personali, che aveva all'inizio del viaggio, la Compagnia provvederà al risarcimento in base al valore degli stessi entro il Massimale previsto. Per viaggi effettuati in aereo, treno, bus o nave, la garanzia è operante dalla stazione di partenza a quella d'arrivo in Italia, alla conclusione del viaggio.

Massimale:

La garanzia è prestata fino alla concorrenza della somma di 520,00 euro, per Sinistro e per periodo di validità della Polizza.

In caso di Furto, Rapina, Scippo, o smarrimento di Carta d'identità, Passaporto e Patente di guida, vengono rimborsate, in aggiunta al Massimale, le spese sostenute per

il rifacimento di tali documenti, certificate da giustificativi di spesa, fino alla concorrenza complessiva massima di 55,00 euro.

Scoperto:

Sono coperti cumulativamente fino al 50% della somma assicurata i danni ad 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.

Sono coperti cumulativamente fino al 30% della somma assicurata i danni a:

- cosmetici, medicinali, articoli sanitari;
- gioielli, pietre preziose, perle, orologi, oggetti d'oro/argento/platino, pellicce e altri oggetti preziosi. La garanzia è operante solo se i beni sono indossati o consegnati in deposito in albergo.

La somma prevista è inoltre ridotta del 50% per i danni derivanti da:

- dimenticanza, incuria o smarrimento da parte dell'Assicurato;
- rottura non conseguente a incidente occorso al mezzo di trasporto o a causa di forza maggiore;
- 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.

Fermi i Massimali indicati in precedenza, l'Indennizzo massimo per ogni oggetto, ivi comprese borse, valigie e zaini, non potrà superare l'importo di 185,00 euro.

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

Gli oggetti acquistati nel corso del viaggio sono rimborsati solo dietro presentazione della ricevuta d'acquisto originale. Sono esclusi dalla presente Sezione:

- denaro, assegni, francobolli, biglietti e documenti di viaggio, souvenir, monete, oggetti d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, casco, attrezzature professionali, documenti diversi da Carta d'identità, Passaporto e Patente di guida;
- tutti i Sinistri verificatisi durante i viaggi effettuati su motoveicoli di qualsiasi cilindrata;
- i danni derivanti da dolo o colpa grave dell'Assicurato e quelli provocati ad attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- 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;
- il caso di Furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo non chiuso regolarmente a chiave;
- il caso di Furto senza scasso del bagagliaio del veicolo;
- il caso di Furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo o comunque visibile dall'esterno;

- il caso di Furto di bagaglio a bordo del veicolo che non sia stato ricoverato in una autorimessa pubblica custodita tra le ore 20 e le ore 7;
- gli accessori fissi e di servizio del veicolo stesso (compresa autoradio o riproduttore estraibili).

In Caso di Sinistro

Obblighi dell'Assicurato

In caso di Sinistro, successivamente al contatto telefonico con la Struttura Organizzativa, l'Assicurato dovrà inviare, entro e non oltre dieci giorni dal verificarsi del Sinistro, una denuncia scritta indirizzata a: Europ Assistance - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano evidenziando sulla busta l'Ufficio competente (Ufficio Liquidazione Sinistri - Pratiche Bagaglio), presentando anche in seguito, entro comunque sessanta giorni dal Sinistro:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza preceduto dalla sigla ZVIA;
- 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 eventualmente responsabile;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti, se sostenute;
- fatture, scontrini o ricevute comprovanti il valore dei beni danneggiati o sottratti e la loro data di acquisto;
- 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.

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.

Criteri per la liquidazione del danno

Il danno è liquidato, a integrazione di quanto rimborsato dal vettore aereo o dall'albergatore responsabile e fino alla concorrenza della somma assicurata, 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.

2. Spese per ritardata consegna del bagaglio

Qualora l'Assicurato a seguito della consegna del bagaglio avvenuta con un ritardo superiore alle 24 ore relativamente a voli di linea debitamente confermati, dovesse sostenere spese imprevedute per l'acquisto di articoli di toilette e/o dell'abbigliamento necessario, la Compagnia provvederà al loro rimborso in base al Massimale previsto.

Massimale:

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma massima di 105,00 euro per Sinistro e per periodo di validità della Polizza.

Sono esclusi dalla garanzia:

- il caso di ritardata consegna del bagaglio avvenuta nell'aeroporto della città di residenza dell'Assicurato.
- tutte le spese sostenute dall'Assicurato dopo il ricevimento del bagaglio.

Obblighi dell'Assicurato

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 24 ore e l'ora dall'avvenuta consegna.

Esclusioni operanti per le sezioni 2, 3 e 4

La Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire prestazioni o liquidare Indennizzi per tutti i Sinistri provocati o dipendenti da:

1. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
2. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
3. dolo dell'Assicurato;
4. tentato suicidio o suicidio;
5. uso del battello per tutte le attività sportive (sia a titolo dilettantistico che ricreativo che professionale) con l'esclusione dello sci nautico (esclusi i salti dal trampolino) e della pesca;
6. Malattie nervose e mentali, Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
7. Malattie preesistenti cioè le Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione della Polizza;
8. Infortuni derivanti dallo svolgimento di attività professionale e dalle seguenti discipline sportive: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte; sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse

e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

9. Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

10. espianto e/o trapianto di organi.

Non sono fornite prestazioni e garanzie in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del Sinistro stesso, i medici che lo hanno visitato prima o anche dopo il Sinistro.

Limitazione di responsabilità

La Compagnia non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza.

Esclusioni di compensazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Come chiamare la Struttura Organizzativa

In caso di necessità, dovunque ci si trovi, in qualsiasi momento, la Struttura Organizzativa è in funzione 24 ore su 24.

Il personale specializzato della Struttura Organizzativa è a completa disposizione, pronto ad intervenire o ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre ad autorizzare eventuali spese.

IMPORTANTE

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

al numero telefonico 02.58286808

a pagamento per chiamate dall'estero o da rete mobile

oppure, per le chiamate dall'Italia:



si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento;
- nome e cognome;
- numero della polizza preceduto dalla sigla ZVIA;
- recapito telefonico.

Fax 02.58384234

Telegramma – Europ Assistance Italia S.p.A. –
Piazza Trento, 8 – 20135 Milano.

Per informazioni sulla Polizza è possibile contattare solo dall'Italia



dal Lunedì al Venerdì esclusi i festivi, dalle ore 9.00 alle ore 17.00.

Allegato 1: 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 seguendo le istruzioni riportate sul modulo stesso e all'interno delle Condizioni di Assicurazione.

Le ricordiamo inoltre che, in caso di Furto occorrerà inviare anche la denuncia all'Autorità giudiziaria/di Polizia.

Modulo Denuncia Sinistro per le sezioni 3 e 4

Da inviare a EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. - Ufficio Liquidazione Sinistri - Piazza Trento 8 - 20135 Milano

Oggetto: DENUNCIA DI SINISTRO

Da compilare con breve descrizione del Sinistro

| | | | |
|-------------------------------|----------|-----|-----|
| COGNOME | NOME | | |
| VIA | | | NR. |
| CITTÀ | PROV. | CAP | |
| NR. DI POLIZZA ZVIA | TELEFONO | | |
| LUOGO E DATA DEL SINISTRO | | | |

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Documentazione da allegare:

- 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 della cartella clinica;
- originali delle ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei medicinali acquistati.

BAGAGLIO

Documentazione da allegare:

- 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 eventualmente responsabile;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti, se sostenute;
- fatture, scontrini o ricevute comprovanti il valore dei beni danneggiati o sottratti e la loro data di acquisto;
- fattura di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati o sottratti redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista nel settore.

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 Reparto 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.

POLIZZA VIAGGIARE NEL MONDO - Barrare la casella interessata ed allegare la documentazione sopra specificata fermo restando che in casi particolari può essere richiesta ulteriore documentazione



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 ISVAP (Elenco I) al n. I.00066 in data 3/1/08

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

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

www.zurich.it



Because change happenz™