

ISTAT
Via Cesare Balbo n. 16
00184 - Roma
P.IVA: 02124831005
C.F.: 80111810588



LOTTO IX
Capitolato di Polizza di Assicurazione
“Mission”



Sede Legale: Viale Erminio Spalla, 9 - 00142 – Roma - pec: gbsapri@legalmail.it

Definizioni comuni

ANNUALITÀ ASSICURATIVA O PERIODO ASSICURATIVO	Il periodo compreso tra la data di effetto e la data di prima scadenza annuale, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione della assicurazione.
ASSICURATO	Dipendenti e/o collaboratori e/o esponenti aziendali attuali e futuri della Contraente, in viaggio di lavoro per la Contraente. Nel caso della Tutela Legale, se una controversia coinvolge più persone assicurate con questa polizza, la garanzia è prestata a favore del Contraente.
ASSICURATO AGGIUNTIVO	Familiare diretto che viaggia insieme all'Assicurato accompagnandolo.
ASSICURAZIONE	Il contratto di assicurazione.
BROKER	La GBSAPRI S.p.A. (in seguito detta Broker).
CONTRAENTE	La persona giuridica che stipula l'assicurazione.
FRANCHIGIA	Parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INDENNIZZO/ RISARCIMENTO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
SOMMA ASSICURATA	L'importo convenuto nel presente capitolato che, salvo eventuali sottolimiti, per sinistro/anno, rappresenta la massima esposizione della Società.
POLIZZA/ CAPITOLATO	Il documento contrattuale che prova l'assicurazione.
PREMIO	La somma dovuta alla Società.
RISCHIO	La probabilità del verificarsi del sinistro.
SCOPERTO	La percentuale prestabilita di danno indennizzabile che resta a carico dell'Assicurato.
SINISTRO	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è riconosciuta la prestazione/garanzia assicurativa. Per l'Assicurazione Tutela Legale per sinistro si intende il verificarsi del fatto dannoso – cioè la controversia – per la quale è prevista l'assicurazione. Si intende unico il sinistro che coinvolge più assicurati.
SOCIETÀ	L'Impresa assicuratrice nonché le eventuali Coassicuratrici.

Definizioni di settore

A.I.R.E.	Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero.
AVARIA	Si intende il danno subito dal bagaglio per rottura in conseguenza di collisione, urto contro oggetti fissi o mobili.
BENEFICIARIO	Gli eredi legittimi e/o testamentari e/o altre persone designate dall'Assicurato ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.
BENI AZIENDALI	Gli oggetti di proprietà del Contraente, che questi ha affidato all'Assicurato e che fanno parte del suo bagaglio quando è in viaggio.
BENI PERSONALI	Il bagaglio e gli effetti personali di proprietà dell'Assicurato e che questo porta con sé. Sono inclusi valigie, bauli e bagaglio a mano ed il loro contenuto. I beni personali non comprendono i beni aziendali e i documenti di viaggio che il Contraente ha affidato all'Assicurato.
CALAMITÀ NATURALI	Eventi naturali che hanno caratteristiche catastrofali che abbiano colpito violentemente un intero territorio. A titolo di esempio: alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.
CONTRAVVENZIONE	Reato per il quale il soggetto responsabile risponde delle proprie azioni od omissioni coscienti e volontarie, sia che il suo comportamento risulti colposo o doloso. La Contravvenzione viene punita con l'arresto o con il pagamento di un'ammenda. Ai fini assicurativi è comunque escluso il rimborso di spese per Contravvenzioni dell'Assicurato.
EVENTO CATASTROFALE	Il sinistro che coinvolge più persone/enti contemporaneamente e assicurati per i medesimi rischi.
FAMILIARE	Il coniuge, partner dell'unione civile, figlio/a, genitori, fratelli, suoceri, generi, nuore o conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.
INFORTUNIO	Evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente e/o una inabilità temporanea.
INABILITÀ TEMPORANEA	Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato di attendere alle attività assicurate.
INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO	Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata, intervenuta a seguito di infortunio.
INGESSATURA	Mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in istituti di cura o ambulatori medici.
ISTITUTI DI CURA	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
MALATTIA	Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

MALATTIA CRONICA	La malattia che sia preesistente alla data di inizio del singolo viaggio assicurato e che abbia comportato, negli ultimi 12 mesi, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri o trattamenti/terapie.
MALATTIA IMPROVVISA	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione seppure improvvisa di una patologia nota all'Assicurato e insorta precedentemente all'inizio del viaggio.
MALATTIA PREESISTENTE	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza del viaggio assicurato.
PAESE DI RESIDENZA	Si intende lo Stato/Nazione in cui l'Assicurato risiede come risultante da certificato anagrafico.
PERICOLO DI VITA	Quando previa valutazione da parte dei medici della Società, in contatto con i medici curanti del paziente, la situazione clinica e diagnostica possa far prevedere, con buona attendibilità, l'evento morte.
PRESTAZIONE	(Fatta eccezione per la copertura Tutela Legale) l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nel momento del bisogno, da parte della Società, tramite la Struttura Organizzativa. Le prestazioni cessano comunque nel momento in cui l'Assicurato non è più dipendente del Contraente.
RICOVERO	La permanenza in un Istituto di Cura di almeno una notte, o l'ingresso in pronto soccorso, in day hospital o in day surgery.
SITUAZIONE DI CRISI	La situazione che si verifica quando: 1) l'Assicurato viene espulso dal paese ospitante o viene dichiarato persona non gradita da parte delle Autorità dello stesso; 2) le autorità competenti del paese e/o del paese di residenza dell'Assicurato consigliano formalmente di evitare viaggi o di procedere ad un'immediata evacuazione dal paese che ospita l'Assicurato per una delle seguenti cause, quando le stesse siano completamente fuori dal controllo dell'Assicurato e/o del Contraente: - scoppio di insurrezione o rivolta civile nel paese ospitante; - scoppio di un conflitto militare che coinvolge il paese ospitante; - attacco terroristico posto in essere nel paese ospitante che abbia causato vittime; - l'inizio di un'epidemia nel paese ospitante; - l'accadimento di calamità naturali nel paese ospitante che abbia causato vittime.
SPESE MEDICHE/ FARMACEUTICHE/OSPEDALIERE	Sono da intendersi le spese di intervento chirurgico (onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento) e le spese sanitarie (rette di degenza, consulenze medico specialistiche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici).
MEZZO	Qualsiasi veicolo.
STRUTTURA ORGANIZZATIVA	La struttura della Società, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste nelle Condizioni di Assicurazione.

TERRORISMO

È considerato come terrorismo ogni atto di violenza o minaccia di violenza rivolto ad una collettività indeterminata di persone e perpetrato per motivi politici, religiosi, etnici, ideologici e simili. L'atto di violenza o la minaccia di violenza è tale da diffondere panico, terrore, insicurezza nella popolazione o in parte di essa e da esercitare influenze su un governo o istituzioni statali per costringere chi ha il potere a prendere decisioni, a fare o tollerare soluzioni che non avrebbero accettato in condizioni normali. Non sono considerati come terrorismo i disordini interni. Come tali valgono violenze contro persone o cose commesse in occasione di assembramenti, sommosse o tumulti come pure danni dovuti a saccheggio in rapporto diretto con disordini interni.

Art. 1 - Norme che regolano il contratto di assicurazione in generale

Art. 1.1 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto. Sul contratto, o su qualsiasi altro documento che concede la copertura, deve essere indicato l'indirizzo della sede sociale e, se del caso, della succursale della Società che concede la copertura assicurativa.

Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

Nell'ipotesi di cui all'art. 1893, comma 1, del Codice Civile, in assenza di dolo o colpa grave, il diritto di recesso della Società potrà avvenire, fermo restando l'obbligo della dichiarazione da farsi al Contraente nei tre mesi successivi al giorno in cui la Società ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, secondo la procedura di cui agli artt. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) e 1.5 (Clausola di recesso) e con decorrenza del termine di cui al comma 2 del citato art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) dalla ricezione della citata dichiarazione.

A parziale deroga dell'art. 1898 del c.c., comma 2 e seguenti, nel caso di aggravamento di rischio, il Contraente ha l'obbligo di comunicare le variazioni secondo quanto stabilito all'art. 1.3 (Variazione del rischio) e la Società si impegnerà, prima di esercitare un eventuale recesso nei termini di cui al successivo art. 1.5 (Clausola di recesso), ad attivare la procedura preventiva per la revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali, secondo quanto stabilito dal presente capitolato.

Nel caso di diminuzione del rischio, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente ai sensi dell'art. 1897 Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso. L'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante il rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione del contratto o durante il corso dello stesso, non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte dichiarazioni non siano frutto di dolo.

Art. 1.3 - Variazione del rischio

Per variazione del rischio si intende qualsiasi modifica che determini una diversa probabilità di verificarsi di un sinistro ovvero una variazione delle sue conseguenze, non previste o non prevedibili, al momento della stipula del contratto. Non comportano variazioni di rischio i mutamenti meramente episodici e transitori.

Qualsiasi elemento intervenuto successivamente all'aggiudicazione del contratto che comporti una variazione del rischio deve essere comunicato immediatamente, ovvero entro quindici giorni dall'intervenuta conoscenza, per iscritto alla Società.

Il Contraente non è tenuto a comunicare per iscritto le variazioni del rischio derivanti da sopravvenienze normative ovvero da modifiche degli orientamenti giurisprudenziali, salvo quanto indicato al seguente paragrafo.

Variazioni normative

Nel caso in cui vi fossero variazioni normative oppure nuova e/o diversa giurisprudenza in materia, come pure interpretazioni e/o pareri delle medesime, tali da rendere, ad insindacabile giudizio del Contraente, incompatibile, totalmente od anche parzialmente, il presente contratto con le stesse, le Parti concordano sin d'ora di provvedere, tempestivamente, alla relativa riformulazione e/o aggiornamento della normativa contrattuale, fatte salve diverse disposizioni di legge e fermi restando i reciproci diritti derivanti dal presente contratto.

Art. 1.4 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali

Per i contratti di durata pluriennale, la Società, qualora intenda chiedere la revisione del prezzo, sei mesi prima della scadenza dell'annualità, sulla base dei dati a disposizione da comunicare al Contraente, può segnalare al Contraente il verificarsi delle ipotesi di modifiche del rischio previste all'Art. 1.3 (Variazione del rischio) e richiedere motivatamente, ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016, la revisione dei premi o delle condizioni contrattuali attinenti alle franchigie, agli scoperti o ai massimali previsti in polizza.

Il Contraente, entro 15 giorni, a seguito della relativa istruttoria e tenuto conto delle richieste formulate, decide in ordine alle stesse, formulando la propria controproposta di revisione.

In caso di accordo tra le parti, si provvede alla modifica del contratto a decorrere dalla nuova annualità.

Si precisa che, in considerazione del conflitto in corso tra Russia e Ucraina, potranno essere apportate modifiche all'Art. 2.7 (Limiti territoriali).

Art. 1.5 - Clausola di recesso

In caso di mancato accordo ai sensi dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali) tra le parti, la Società può recedere dal contratto di assicurazione. Il recesso decorre dalla scadenza dell'annualità. La facoltà di recesso si esercita entro 30 (trenta) giorni dalla proposta di cui al comma 1 dell'art. 1.4 (Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali), presentata dalla Società, ovvero, nei casi di cui al comma 2 del medesimo articolo, entro trenta giorni dalla ricezione della controproposta della Società.

Qualora alla data di effetto del recesso il Contraente non sia riuscito ad affidare il nuovo contratto di assicurazione, a semplice richiesta, la Società s'impegna a prorogare l'assicurazione alle medesime condizioni, normative ed economiche, in vigore per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni. Il Contraente contestualmente provvede a corrispondere l'integrazione del premio calcolata in *pro rata temporis* nei modi e nei termini di cui all'art. 1.6 (Pagamento del premio e decorrenza della garanzia).

Il recesso non produce effetto in caso di mancata produzione dei dati di cui all'art. 1.17 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio) riferiti fino al mese antecedente a quello di esercizio del recesso.

Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

A parziale deroga dell'art. 1901 Codice Civile, le parti, anche ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 192/2012, convengono espressamente che:

- il Contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio entro 60 giorni dalla data di ricezione del contratto da parte del Broker. In mancanza di pagamento, la garanzia rimane sospesa dalla fine di tale periodo e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato il premio di perfezionamento;
- se il Contraente non paga il premio per le rate successive, la garanzia resta sospesa dalle ore 24.00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24.00 del giorno in cui viene pagato quanto dovuto, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite;
- i termini di cui al comma precedente si applicano anche in occasione del perfezionamento di documenti emessi dalla Società, a modifica e variazione del rischio, che comportino il versamento di premi aggiuntivi.

Conseguentemente la Società rinuncia alle azioni di cui al citato D.Lgs. 192/2012 per i suindicati periodi di comporta.

Qualora ai sensi del Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 18 gennaio 2008, n. 40, così come integrato dall'art. 1 della Legge 26 aprile 2012, n. 44 (c.d. "Decreto Fiscale 2012") e s.m.i., il riscossore riscontrasse un inadempimento a carico della Società ed il Contraente fosse impossibilitato a provvedere al pagamento parziale o totale della polizza sino alla definizione del provvedimento, le garanzie resteranno comunque operanti ed i termini di cui sopra per il pagamento del premio decorreranno dalla data in cui la Società di Riscossione comunicherà al Contraente la revoca del provvedimento.

Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il Contraente possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 90 giorni mediante lettera raccomandata o PEC. In tale caso, la Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Qualora la Società si avvalsesse di tale facoltà, la stessa dovrà produrre, pena l'invalidità del recesso medesimo, anche il dettaglio dei sinistri con le modalità stabilite al successivo Art. 1.17 (Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio).

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

Art. 1.8 - Durata del contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 30.06.2022 alle ore 24.00 del 30.06.2025 con frazionamento annuale; non è previsto il tacito rinnovo alla scadenza finale.

Il Contraente si riserva inoltre la facoltà di richiedere alla Società di prorogare il contratto fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni anche attraverso più periodi dopo la scadenza finale, se ciò risultasse necessario per concludere la procedura di gara per l'aggiudicazione di un nuovo contratto. In tale ipotesi il premio relativo al periodo di proroga verrà conteggiato in *pro rata temporis* rispetto al premio annuale in corso.

Art. 1.9 - Cessazione anticipata del contratto

È data facoltà alle parti di disdettare la polizza al termine di ciascuna annualità assicurativa, mediante lettera raccomandata da inviare alla controparte con almeno 120 giorni di preavviso rispetto alla scadenza dell'annualità. Nell'ipotesi in cui una delle parti si avvalga della disdetta anticipata, è facoltà del Contraente di richiedere, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità assicurativa, una proroga della durata fino a un massimo di tre mesi. In tal caso la Società avrà il diritto di percepire il rateo di premio relativo alla durata della proroga, da computarsi in *pro rata temporis* rispetto al premio annuale in corso.

Art. 1.10 - Anticipata risoluzione

Nel caso di scioglimento o di risoluzione anticipata della polizza perché non esiste più il rischio per il quale, in qualità di Contraente, è stata stipulata la polizza e negli altri casi di recesso, di risoluzione anticipata o di annullamento previsti dall'art. 1.2 (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio), il Contraente pagherà l'intero premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato lo scioglimento, la risoluzione o l'annullamento della Polizza.

Art. 1.11 - Oneri fiscali

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

Art. 1.12 - Foro competente

Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede il Contraente.

Art. 1.13 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.14 - Coassicurazione e delega

Nel caso in cui il contratto di assicurazione sia aggiudicato in Coassicurazione o in raggruppamento temporaneo di imprese, costituitosi in termini di legge, si deroga al disposto dell'art. 1911 c.c., essendo tutte le Società sottoscrittrici responsabili in solido nei confronti del Contraente.

Tutte le comunicazioni relative al presente contratto si intendono fatte o ricevute dalla Società Delegataria, all'uopo designata dalle Società Coassicuratrici, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici. La firma apposta dalla Società Delegataria rende l'atto valido ad ogni effetto, anche per la parte delle medesime. La Delegataria è altresì incaricata dalle altre Coassicuratrici per la gestione, esecuzione del contratto e l'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza del contratto, contro rilascio dei relativi atti di quietanza. Il Broker provvederà alla rimessa del premio direttamente ed unicamente nei confronti della Società Delegataria, la quale provvederà, secondo gli accordi presi, alla rimessa nei confronti delle Coassicuratrici delle quote di premio ad esse spettanti.

Art. 1.15 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente e gli Assicurati sono esonerati dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da loro stipulate per i medesimi rischi.

Il presente contratto di assicurazione si intende stipulato indipendentemente ed in aggiunta alle eventuali assicurazioni obbligatorie previste per gli infortuni sul lavoro dalle leggi vigenti o da eventuali future.

Art. 1.16 - Clausola Broker

Ad ogni effetto di legge, le Parti contraenti riconoscono al Broker il ruolo di cui al D. Lgs. n. 209/2005 e s.m.i. (il "Codice delle Assicurazioni"), relativamente alla conclusione ed alla gestione della presente assicurazione e per tutto il tempo della durata, incluse proroghe, rinnovi, riforme o sostituzioni.

In conseguenza di quanto sopra si conviene espressamente:

- che il Broker, nell'ambito della normativa richiamata, sia responsabile della rispondenza formale e giuridica dei documenti contrattuali nonché della legittimità della sottoscrizione degli stessi da parte della Società;
- di riconoscere che tutte le comunicazioni che, per legge o per contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a fare alla Società, si intendono valide ed efficaci anche se notificate al Broker;
- che il pagamento dei premi dovuti alla Società, per qualsiasi motivo relativo alla presente assicurazione, venga effettuato dal Contraente al Broker. Il pagamento così effettuato è valido e ha effetto liberatorio per il Contraente ai sensi degli artt. 1901 c.c. e 118 del Codice delle Assicurazioni. La Società delegataria o ogni eventuale Società coassicuratrice delegano quindi esplicitamente il Broker all'incasso del premio, in ottemperanza all'art. 118 del Codice delle Assicurazioni e con gli effetti liberatori per il Contraente previsti al medesimo articolo;
- che le somme incassate dal Broker vengano da questi rimesse, al netto delle provvigioni del Broker medesimo, alla Società secondo gli accordi vigenti o, in mancanza, entro il giorno dieci del mese successivo a quello di incasso. All'uopo il Broker trasmetterà alla Società distinta contabile riepilogativa della disposizione effettuata. Il presente comma è efficace qualora Broker e Società non abbiano convenuto diversa regolamentazione dei rapporti;
- che le variazioni alla presente assicurazione richieste dal Contraente al Broker, in forma scritta, siano immediatamente efficaci quando accettate dalla Società. Qualora le stesse comportino il versamento di un premio aggiuntivo, i termini di effetto sono subordinati alla disciplina dell'art. 1.6 (Pagamento del premio e decorrenza della garanzia);
- che l'opera del Broker, unico intermediario nei rapporti con le Compagnie di Assicurazione, verrà remunerata dalle Compagnie con le quali verranno stipulati, modificati e/o prorogati i contratti nella misura del 3,85% (tre virgola ottantacinque per cento). La remunerazione del Broker non dovrà in ogni caso rappresentare un costo aggiuntivo per il Contraente, e andrà dalla Società assorbita nella componente di costo altrimenti identificata nel premio, per gli oneri di distribuzione e produzione;
- che la gestione dei sinistri, fino a che non diventino vertenze legali, venga curata per conto del Contraente/Assicurato dal Broker;
- che il Broker ha ottemperato, *inter alia*, agli obblighi assicurativi di legge di cui all'art. 112, comma 3, del Codice delle Assicurazioni e si impegna a produrre copia della vigente polizza a semplice richiesta scritta della/e Società in qualunque momento del rapporto.

Il presente articolo sarà privo di efficacia dal momento in cui dovesse venire a mancare l'obbligatoria iscrizione del Broker al RUI di cui all'art. 109 del Codice delle Assicurazioni.

Art. 1.17 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio

Entro tre mesi dalla scadenza di ogni annualità e in ogni caso sei mesi prima della scadenza contrattuale, entro i 30 giorni solari successivi, la Società, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di riservatezza dei dati personali, si impegna a fornire al Contraente l'evidenza dei sinistri denunciati a partire dalla data di decorrenza del contratto. Tale elenco dovrà essere fornito in formato Excel, sia tramite file modificabili sia tramite file non modificabili, e dovrà riportare per ciascun sinistro:

- il Contraente di Polizza;
- il numero del sinistro attribuito dalla Società;
- il numero di polizza;
- la data di accadimento dell'evento;
- il periodo di riferimento;
- la data della denuncia;
- l'indicazione dello stato del sinistro secondo la seguente classificazione e con i dettagli di seguito indicati:
 - a) sinistro agli atti, senza seguito;

b) sinistro liquidato, in data _____ con liquidazione pari a € _____; gli importi indicati dovranno essere al lordo di eventuali scoperti/franchigie

c) sinistro aperto, in corso di verifica con relativo importo stimato pari a € _____.

La Società si impegna a fornire ogni altra informazione disponibile, relativa al contratto assicurativo in essere che il Contraente, d'intesa con la Società, ritenga utile acquisire nel corso della vigenza del contratto. Al riguardo il Contraente deve fornire adeguata motivazione.

La Società, per gli adempimenti relativi alle informazioni da fornirsi successivamente alla data di scadenza del contratto, dovrà fornire, a semplice richiesta da parte del Broker ed entro e non oltre 30 giorni solari dal ricevimento della stessa, le informazioni di cui al comma 1.

Art. 1.18 - Forma delle comunicazioni del Contraente alla Società

Eccezion fatta per il recesso a seguito di sinistro o la cessazione anticipata del contratto, che dovranno essere trasmesse direttamente alla parte interessata e per copia conoscenza al Broker, tutte le comunicazioni, alle quali il Contraente è tenuto, devono essere fatte con lettera raccomandata/PEC e/o fax e/o telegramma e/o e-mail indirizzati al Broker.

Analoga procedura adotta la Società nei confronti del Contraente.

Art. 1.19 - Elementi per il calcolo del premio

Il premio forfettario è fornito dalla Società in sede di offerta economica e rimane fisso per tutta la durata del contratto:

Parametro	Preventivo	Premio lordo annuo
n. giornate all'estero	n. 2.500	

La presente polizza non è soggetta a regolazione del premio.

Il premio annuo lordo di polizza è riferito a n. 2.500 giornate di missione. Resta inteso che la Società concede una tolleranza pari al 20% di giorni in più su base annua pari ad ulteriori n. 500 giorni di missione senza applicazione di costo aggiuntivo per il Contraente. Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società le eventuali giornate di missione aggiuntive di cui sopra. Qualora venga superato nel corso dell'annualità assicurativa il numero complessivo di n. 3.000 giornate di missione, il Contraente dovrà informare la Società per il tramite del Broker.

Art. 1.20 - Efficacia temporale della garanzia

Le garanzie prestate avranno efficacia per i fatti accaduti durante la vigenza del presente contratto.

Art. 1.21 - Termini di prescrizione

Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del sinistro. Nell'Assicurazione della Responsabilità Civile i due anni decorrono dal giorno in cui la persona danneggiata ha chiesto il risarcimento all'Assicurato o ha fatto causa all'Assicurato per ottenerlo.

Per le garanzie diverse dall'Assistenza in caso di apertura del sinistro e di pendenza di procedimenti giudiziari l'Assicurato ha l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta.

Si precisa che la pendenza di procedimenti giudiziari non viene considerata causa di sospensione della prescrizione (Es: se l'Assicurato denuncia un sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non avrà diritto all'indennizzo).

Art. 1.22 - Variazione del Contraente

Se la Contraente:

- viene venduta o vengono vendute parte delle sue attività, la Polizza si trasferisce a chi ha acquistato la società stessa;
- si fonde con un'altra società, la Polizza continua con la società incorporante o con quella che nasce dalla fusione;
- si trasforma o cambia ragione sociale, la Polizza continua con la nuova società;
- si scioglie o viene messa in liquidazione, la polizza cessa con effetto immediato e la Società Assicuratrice restituisce alla Contraente la parte di premio pagata e non goduta. La quota di premio che viene restituita è calcolata trattenendo le imposte.

Entro 15 giorni dalla vendita, fusione, trasformazione o cambio della ragione sociale, la Contraente o l'acquirente o la società incorporante o risultante da fusione deve informare la Società Assicuratrice per il tramite del Broker. La Società Assicuratrice nei 30 giorni successivi alla comunicazione ricevuta, può decidere se recedere dalla polizza. Per recedere dalla Polizza la Società Assicuratrice dovrà inviare alla Contraente una comunicazione scritta, che riporti la volontà di recedere. Il recesso avrà efficacia dopo 15 giorni dalla data in cui la Contraente ha ricevuto la comunicazione.

Art. 1.23 - Legittimazione

La Società dà e prende atto che, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge, dai CCNL o dai regolamenti del Contraente al riguardo, la presente polizza viene stipulata, a favore degli Assicurati, dal Contraente che adempie agli obblighi previsti dall'assicurazione stessa. Per effetto di quanto precede, la Società riconosce il consenso degli Assicurati stessi sin dalla stipula del contratto anche se non formalmente documentato.

Art. 1.24 - Tracciabilità Flussi Finanziari

Le parti:

- La Società ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare sia al Broker, intermediario dei premi ai sensi della apposita "clausola Broker", sia alla stazione appaltante, gli estremi identificativi dei conti correnti dedicati di cui al comma 1 del medesimo articolo, entro sette giorni dalla loro accensione o, nel caso di conti correnti già esistenti, dalla loro prima utilizzazione in operazioni finanziarie relative alla commessa pubblica, nonché, nello stesso termine, le generalità ed il codice fiscale delle persone delegate ad operare su di essi. La Società si impegna, altresì, a comunicare ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

- Il Broker ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 7, Legge 136/2010 s.m.i., si impegna a comunicare alla Contraente ogni eventuale variazione relativa ai dati trasmessi.

Il presente contratto si intenderà risolto di diritto nel caso in cui le transazioni dovessero essere eseguite senza avvalersi di banche o della società Poste italiane S.p.a. ovvero con altri strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni.

L'appaltatore, il subappaltatore o il subcontraente che ha notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria di cui al presente articolo ne dà immediata comunicazione alla stazione appaltante e alla prefettura-ufficio territoriale del Governo della provincia ove ha sede la stazione appaltante o l'amministrazione concedente.

Art. 2 - Norme che regolano l'assicurazione in particolare

L'eventuale discordanza tra le norme che regolano il contratto di assicurazione in generale, le norme che regolano l'assicurazione in particolare, le condizioni particolari, le norme che regolano la gestione dei sinistri e/o in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali, le disposizioni legislative in materia, le norme del Codice Civile sui contratti di assicurazione verrà risolta sempre nella maniera più favorevole al Contraente e/o agli Assicurati.

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

A) Garanzia Assistenza

Intervento in caso di Terrorismo

La Società assiste l'Assicurato anche quando atti di terrorismo lo colpiscono direttamente nel luogo in cui stia viaggiando.

La Società eroga tutte le prestazioni quando:

- gli eventi politici, militari o le Autorità locali lo permettono
- gli operatori attivati possono lavorare senza rischi per la propria persona
- l'intervento rispetta le leggi e/o regolamenti internazionali e anche locali.

Prestazioni alla Persona

1. Consulenza Medica

Se in viaggio l'Assicurato ha una malattia e/o un infortunio, può chiedere un parere medico telefonico.

I medici usano le informazioni fornite dall'Assicurato per valutare il suo stato di salute.

Questo parere non è una diagnosi.

Questa prestazione può essere richiesta dall'Assicurato 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

2. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se l'Assicurato all'estero vuole sapere qual è il medico più vicino per una visita specialistica, telefona alla Struttura Organizzativa che gli indica il nominativo del medico, compatibilmente con le disponibilità locali.

3. Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'estero (valida solo per gli Assicurati residenti in Italia)

Se l'Assicurato è all'estero e vuole ricevere informazioni su specialità medicinali regolarmente registrate in Italia, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti, reperibili sul posto.

4. Informazioni sulla degenza

Se, in caso di malattia e/o infortunio, l'Assicurato è ricoverato in ospedale, i medici della Struttura Organizzativa provvedono a tenere costantemente aggiornati i familiari dello stesso delle sue condizioni di salute, fornendo le notizie cliniche di cui sono a conoscenza.

La Struttura Organizzativa non è responsabile dei messaggi trasmessi.

5. Interprete a disposizione all'estero

L'Assicurato può richiedere l'interprete se è ricoverato in un istituto di cura all'estero e ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua del posto.

La Struttura Organizzativa manderà in ospedale un interprete per i colloqui giornalieri con i medici che stanno curando l'Assicurato.

La Società paga i costi dell'interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

6. Legale a disposizione all'estero

Se l'Assicurato all'estero viene arrestato o rischia di esserlo può aver bisogno di un legale. Telefonando alla Struttura Organizzativa la stessa metterà a sua disposizione un legale.

La Società anticiperà per conto dell'Assicurato, su sua richiesta, il pagamento della parcella fino all'equivalente in valuta locale di 5.000,00 Euro.

La Società può decidere di anticipare all'Assicurato anche una cifra maggiore di denaro se il Contraente autorizza l'erogazione stessa.

La Struttura Organizzativa garantisce all'Assicurato il pagamento anticipato della parcella se:

- il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- la Contraente abbia autorizzato l'anticipo che dovrà essere restituito entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. In caso contrario verranno addebitati all'Assicurato gli interessi secondo il tasso legale corrente.

7. Anticipo spese di prima necessità

L'Assicurato può avere un anticipo per le spese di prima necessità se ha avuto:

- un infortunio
 - una malattia,
 - furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio
- e l'Assicurato ha spese impreviste che non può pagare.

La Struttura Organizzativa anticipa per conto dell'Assicurato, sul posto, le fatture fino ad un importo massimo di Euro 250,00.

La Società può decidere di anticipare all'Assicurato anche una cifra maggiore di denaro se il Contraente autorizza l'erogazione stessa.

La Struttura Organizzativa garantisce all'Assicurato l'anticipo spese di prima necessità se:

- il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- la Contraente abbia autorizzato l'anticipo che dovrà essere restituito entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. In caso contrario verranno addebitati all'Assicurato gli interessi secondo il tasso legale corrente.

8. Anticipo cauzione penale

L'Assicurato può richiedere l'anticipo della cauzione penale se, trovandosi all'estero, è stato arrestato o è stato minacciato di esserlo e deve pagare una cauzione penale per essere rimesso in libertà.

La Struttura Organizzativa anticipa per conto dell'Assicurato, direttamente sul posto, la cauzione penale fino ad un importo massimo complessivo di Euro 2.500,00.

La Società può decidere di anticipare all'Assicurato anche una cifra maggiore se il Contraente autorizza l'erogazione stessa.

La Struttura Organizzativa garantisce all'Assicurato l'anticipo cauzione penale se:

- il trasferimento del denaro rispetta le regole o i regolamenti in Italia o nel Paese in cui si trova
- la Contraente abbia autorizzato l'anticipo che dovrà essere restituito entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. In caso contrario verranno addebitati all'Assicurato gli interessi secondo il tasso legale corrente.

9. Rientro Sanitario

L'Assicurato può richiedere il rientro sanitario quando i medici della Struttura Organizzativa, insieme ai medici sul posto, decidono che l'Assicurato può essere trasferito in un Istituto di cura in Italia o alla sua residenza.

La Società organizza e paga per l'Assicurato il rientro sanitario nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile e solo dall'Europa e dai Paesi del Bacino del Mediterraneo;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'Assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;
- autoambulanza.

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio di rientro se i suoi medici lo ritengono necessario.

La Società può chiedere all'Assicurato il biglietto del viaggio di ritorno che non utilizzi.

Non verrà organizzata questa prestazione in caso di:

- malattia o infortunio che consente all'Assicurato, secondo la valutazione dei medici della Struttura Organizzativa, di continuare a viaggiare,
- malattia o infortunio che possono essere curati sul posto,
- malattie infettive, quando il trasporto non rispetta le norme sanitarie nazionali o internazionali,
- dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.

10. Trasferimento verso un centro ospedaliero attrezzato

L'Assicurato può essere trasferito verso un centro ospedaliero attrezzato, se l'Assicurato è ricoverato in un Istituto di cura che i medici della Struttura Organizzativa non ritengono adeguato al suo stato di salute. I medici della Struttura Organizzativa insieme ai medici che curano l'Assicurato sul posto possono valutare il trasferimento dell'Assicurato stesso.

La Società organizza il trasporto dell'Assicurato al più vicino Istituto di Cura attrezzato nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'Assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;
- autoambulanza.

La Struttura Organizzativa fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se i suoi medici lo ritengono necessario.

Non verrà organizzata questa prestazione in caso di:

- malattia o infortunio che, secondo la valutazione dei medici della Struttura Organizzativa, può essere curato sul posto;
- malattie infettive, quando viaggiare viola le norme sanitarie nazionali o internazionali;
- dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.

11. Rientro dell'Assicurato convalescente

L'Assicurato può richiedere di rientrare alla sua residenza se dopo una malattia o un infortunio è convalescente e non può usare il mezzo previsto inizialmente per il ritorno dal viaggio.

La Struttura Organizzativa prenota per l'Assicurato un biglietto per il rientro.

La Società tiene a suo carico i costi per il biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

La Società può chiedere all'Assicurato il biglietto del viaggio di ritorno che non ha utilizzato.

12. Assistenza domiciliare integrata leggera (Valida esclusivamente per assicurati con residenza/domicilio in Italia)

Se dopo la prestazione di "Rientro dell'Assicurato convalescente" e/o "Rientro sanitario", con la quale l'Assicurato è stato riportato in Italia al suo domicilio/residenza o in un Istituto di Cura, l'Assicurato medesimo ha bisogno di una assistenza dopo il ricovero, lo stesso può telefonare alla Struttura Organizzativa.

Questa prestazione deve essere richiesta dal medico curante dell'Assicurato per iscritto e la Struttura Organizzativa darà le indicazioni per procedere entro 48 ore dalla richiesta.

La Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare e gestire:

- la prosecuzione del ricovero a casa dell'Assicurato con il proprio personale medico e paramedico;
- prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, che verranno effettuati a casa dell'Assicurato;
- la consegna ed il ritiro degli esiti degli esami e l'invio di farmaci urgenti a casa dell'Assicurato.

Le prestazioni sono fornite per un massimo di 10 ore complessive.

Non verranno fornite all'Assicurato le prestazioni per ricoveri conseguenti a cure dentarie, applicazione di protesi dentarie e per parodontopatie non causate da infortunio e applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia).

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa entro 48 ore prima delle sue dimissioni dall'Istituto di Cura chiedendo dell'Assistenza Domiciliare e inviando alla Società il certificato medico con prescrizione dell'assistenza domiciliare.

13. Invio di un collega in sostituzione

Se dopo l'organizzazione delle prestazioni "Rientro Sanitario" e/o "Rientro dell'Assicurato convalescente" è necessaria la sostituzione dell'Assicurato con un collega, la Struttura Organizzativa fornirà un biglietto ferroviario di andata (prima classe) o aereo di andata (classe economica), per permettere ad un collega di sostituire l'Assicurato nel suo incarico.

La Società tiene a suo carico i costi per il biglietto.

14. Viaggio di un familiare

L'Assicurato può richiedere che un suo familiare lo raggiunga se, durante il viaggio, l'Assicurato stesso è ricoverato in un Istituto di cura per più di 7 giorni e ha bisogno dell'aiuto del familiare. La Struttura Organizzativa prenota un biglietto per raggiungere l'Assicurato e un albergo nel luogo del ricovero dell'Assicurato stesso, per il familiare residente in Italia perché possa stare con l'Assicurato.

La Società tiene a suo carico i costi per un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica e quelli per la camera con prima colazione in un albergo di categoria massima pari a 4 stelle.

15. Prolungamento del soggiorno

L'Assicurato può richiedere di prolungare il suo soggiorno, se un certificato medico conferma che la malattia o l'infortunio gli impediscono di tornare a casa nella data che aveva programmato. In questo caso la Struttura Organizzativa prenota per l'Assicurato un albergo.

La Società paga le spese per la camera e la prima colazione in un albergo di categoria massima pari a 4 stelle, fino al giorno in cui l'Assicurato può rientrare a casa utilizzando il "Rientro Sanitario" o il "Rientro dell'Assicurato Convalescente" in base al parere dei medici della Società.

16. Rientro anticipato del Ceo e del Direttore HR

La Contraente può richiedere il rientro anticipato in Italia del CEO o del Direttore HR per:

- danno materiale grave che danneggi per più del 50% gli edifici del Contraente,
- la Morte di uno stretto collaboratore del CEO o del Direttore HR;
- ricovero per oltre 7 giorni consecutivi di uno stretto collaboratore del CEO o Direttore HR tale da richiedere la presenza dello stesso nella sede del Contraente.

La Struttura Organizzativa fornirà un biglietto ferroviario di prima classe o aereo di classe economica, per permettere al CEO o al Direttore HR di raggiungere la sede del Contraente.

La Società tiene a suo carico i costi per il biglietto.

La prestazione è attivabile nel caso in cui il CEO o il Direttore HR non potesse utilizzare i biglietti di viaggio già prenotati e per i quali non sia possibile fare un cambio o una modifica.

La Società può chiedere il biglietto del viaggio di ritorno che l'Assicurato non ha utilizzato.

17. Rientro Anticipato

L'Assicurato può richiedere di rientrare a casa in Italia prima di quando aveva previsto. Questo a causa della morte o del ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un suo familiare.

La Società paga per l'Assicurato un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

La Società può chiedere il biglietto del viaggio di ritorno che l'Assicurato non ha utilizzato.

Se l'Assicurato sta viaggiando con un veicolo e non può utilizzarlo per rientrare prima, la Struttura Organizzativa gli fornisce anche un biglietto perché possa successivamente andare a recuperarlo. Entro 15 giorni dall'evento che ha costretto l'Assicurato al rientro anticipato, lo stesso deve inviare alla Società, per il tramite del Broker, il certificato di morte o i documenti che dimostrino il ricovero del familiare e il suo pericolo di vita.

18. Trasporto salma

In caso di decesso la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino all'aeroporto internazionale vicino al luogo di sepoltura, purché situato in uno dei paesi aderenti all'Unione Europea.

La Società terrà interamente a proprio carico i costi del trasporto; sono escluse le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

19. Piattaforma digitale

La Società può mettere a disposizione una piattaforma tecnologica attraverso la quale la Struttura Organizzativa fornisce, in caso di infortunio o malattia, prestazioni digitali di assistenza medica a distanza.

L'utilizzo delle prestazioni è subordinato all'accettazione delle condizioni d'uso della piattaforma digitale stessa.

Valutazione sintomi

Accedendo all'area personale della piattaforma l'Assicurato potrà usufruire in totale autonomia di un programma di auto valutazione che lo aiuterà a comprendere i suoi sintomi e gli indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere.

Il risultato dell'auto valutazione non è una diagnosi.

Consulto Medico

Accedendo all'area personale l'Assicurato potrà richiedere un:

- Consulto medico generico 24 ore su 24 con i medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata, avendo a disposizione 3 consulti complessivi.

Il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi.

Cartella Salute

Accedendo all'area personale l'Assicurato potrà archiviare tutti i dati sulla sua salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei suoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, nonché inserire i farmaci assunti.

La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i dati dell'Assicurato autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento.

Passaporto Salute

L'Assicurato dalla sua cartella Salute potrà creare il suo passaporto salute traducendo in modo automatico i suoi dati nelle lingue disponibili, per condividerlo con i medici sul posto.

20. Invio bagaglio sostitutivo

Se l'Assicurato sta facendo un viaggio della durata di almeno 7 giorni, e non ha a disposizione all'estero il suo bagaglio perché:

- a) il vettore aereo non lo ha consegnato entro 24 ore
- b) l'Assicurato ha subito un furto/furto con scasso, rapina, scippo,

l'Assicurato medesimo deve telefonare alla Struttura Organizzativa.

Se lo stesso ha bisogno di abiti per continuare in maniera confortevole il viaggio o il soggiorno previsti, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare all'Assicurato, con il mezzo più rapido, il bagaglio che un suo familiare ha preparato.

La consegna verrà fatta franco dogana all'aeroporto più vicino alla località in cui l'Assicurato si trova, entro tempi tecnicamente possibili e rispettando le leggi locali.

La Società terrà a proprio carico i costi di spedizione del bagaglio fino ad un limite massimo di Euro 780,00 per anno ed Euro 260,00 per singola spedizione.

- a. Il bagaglio originario deve essere stato registrato a nome dell'Assicurato ed il vettore aereo deve rilasciare all'Assicurato un documento che attesti che non può consegnare il bagaglio;
- b. la presente prestazione non è valida se i giorni che mancano al rientro dell'Assicurato a casa sono meno dei giorni necessari alla Struttura Organizzativa per inviargli il bagaglio.

L'Assicurato, quando telefona alla Struttura Organizzativa, deve indicare il motivo della sua richiesta, l'indirizzo del familiare che preparerà il bagaglio da spedirgli ed il suo recapito telefonico.

Inoltre, l'Assicurato deve inviare alla Struttura Organizzativa:

- nel caso a), copia del reclamo presentato al vettore;
- nel caso b), copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il sinistro, in cui siano indicate le circostanze del sinistro, l'elenco degli oggetti smarriti o rubati, i nominativi degli Assicurati che hanno subito il danno.

Prestazioni ai familiari rimasti alla residenza (le prestazioni indicate sono operanti solo ed esclusivamente in Italia)

21. Assistenza familiari per la durata del viaggio

Se mentre l'Assicurato è in viaggio un suo familiare (genitori, figli conviventi, coniuge) a casa in Italia ha una malattia improvvisa e/o un infortunio, egli può chiedere alla Struttura Organizzativa:

- Consulenza medica con i medici per valutare il suo stato di salute;
- l'invio di un medico a casa: se, dopo una consulenza medica, il familiare dell'Assicurato in Italia ha bisogno di una visita medica o di un'autoambulanza, la Struttura Organizzativa manda un medico convenzionato al suo domicilio. L'orario per l'erogazione della prestazione è il seguente: da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle 8, il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.
- l'invio di una autoambulanza a casa; se, dopo una consulenza medica, il familiare dell'Assicurato in Italia ha bisogno di un trasporto nel centro medico idoneo più vicino, la Struttura Organizzativa organizzerà il suo trasferimento in autoambulanza.

La Società terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di Euro 500,00 per il periodo di validità della Polizza con il limite di Euro 250,00 per sinistro.

22. Assistenza telefonica

Se, a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non può contattare il suo genitore a casa o comunicare con lui, la Struttura Organizzativa stabilirà, in accordo con l'Assicurato ed il suo genitore, un programma di chiamate telefoniche per stimolare l'attività relazionale della persona anziana in un periodo di potenziale solitudine legato all'assenza temporanea dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa concorda con l'Assicurato ed il suo genitore un orario di chiamata tra le 09.00 e le 18.00, e telefonerà ogni giorno al genitore dell'Assicurato per un massimo di 30 giorni.

La Struttura Organizzativa farà 3 tentativi di contatto telefonico nell'arco della giornata e provvederà ad allertare il parente o la persona da lui designata in caso di mancato contatto con il genitore dell'Assicurato.

L'Assicurato deve ottenere il consenso del proprio genitore ad essere contattato dalla Struttura Organizzativa.

Per usufruire della prestazione l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa con un preavviso di almeno 48 ore.

La telefonata non è finalizzata alla valutazione dello stato di salute del genitore.

Prestazioni al veicolo in Europa

23. Soccorso Stradale

Se il veicolo si ferma a causa di un guasto e/o incidente, durante il viaggio che l'Assicurato sta facendo per raggiungere la sua destinazione, in modo tale da non essere in condizioni di spostarsi autonomamente, l'Assicurato telefona alla Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa manderà all'Assicurato un mezzo di soccorso stradale dove il veicolo si è fermato.

Il carro attrezzi provvede al trasporto del veicolo dal luogo dell'immobilizzo:

- al più vicino centro di assistenza autorizzato della Società,
- al più vicino punto di assistenza della Casa Costruttrice o all'officina meccanica più vicina,
- al punto indicato dall'Assicurato purché entro 50 chilometri dal punto di fermo.

La Società tiene a carico le spese relative al soccorso stradale fino alle destinazioni elencate in precedenza.

Non sono considerati sinistri la foratura dello pneumatico e l'errato rifornimento, che non comportino un guasto al veicolo.

24. Veicolo fermo

Se il veicolo rimane immobilizzato per smarrimento e/o rottura chiavi, foratura pneumatici, esaurimento batteria, mancato avviamento in genere, e non può spostarsi autonomamente, l'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa.

Questa manderà un mezzo di soccorso stradale che, se possibile, riparerà il veicolo sul posto.

La Società paga le spese relative all'intervento purché il fornitore si trovi entro 20 Km dal luogo del fermo, in caso contrario interviene la prestazione "Soccorso Stradale".

Prestazioni all'abitazione di residenza in Italia (Le prestazioni indicate sono operanti solo ed esclusivamente in Italia)

25. Assistenza abitazione per la durata del viaggio

Se l'Assicurato ha bisogno di assistenza alla propria abitazione per un intervento di emergenza occorso alla stessa durante il viaggio o nelle 24 ore successive al rientro dell'Assicurato o alla scadenza della Polizza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare all'Assicurato 24 ore su 24, compresi i giorni festivi:

- un fabbro a seguito di:

a) furto o tentato furto, smarrimento o rottura delle chiavi, guasto della serratura che rendano impossibile il suo ingresso in casa;

b) furto o tentato furto che abbiano danneggiato il funzionamento della porta di ingresso della casa dell'Assicurato, rendendo non più garantita la sicurezza della casa stessa;

- un idraulico a seguito di:

a) 1. allagamento o infiltrazione;

2. mancanza d'acqua nella casa o in quella dei vicini provocate da una rottura, un'otturazione, un guasto di tubature fisse dell'impianto idraulico.

L'idraulico non interviene per sinistri dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (ad es. le lavatrici), o dovuti alla negligenza dell'Assicurato. L'idraulico non interviene per l'interruzione di fornitura di acqua da parte dell'ente erogatore o per rottura delle tubature esterne all'edificio;

b) mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari, provocato da un'otturazione alle tubature fisse di scarico dell'impianto idraulico.

L'idraulico non interviene in caso di trabocco dovuto a rigurgito di fogna e per otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico sanitari.

- un elettricista a seguito di mancanza di corrente elettrica in tutti i locali della casa dell'Assicurato per guasti agli interruttori di accensione, agli impianti di distribuzione interna o alle prese di corrente.

L'elettricista non interviene nei casi di corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato; di interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore; di guasti al cavo di alimentazione dei locali della casa a monte del contatore.

La Società paga solo i costi per l'uscita e la spesa della manodopera dell'idraulico, del fabbro e dell'elettricista fino ad un massimo di Euro 150,00 per sinistro.

Per poter usufruire della prestazione è necessario che presso l'abitazione sia presente una persona indicata dall'Assicurato.

B) Garanzia Rimborso Spese Mediche in viaggio

1. Spese mediche/farmaceutiche/ospedaliere

Se, mentre è in viaggio, l'Assicurato ha una malattia e/o subisce un infortunio, la Società prende a carico le Spese mediche farmaceutiche/ospedaliere urgenti e non rimandabili, sostenute nel luogo del sinistro, nel periodo di durata del viaggio.

Nei casi in cui non fosse possibile la presa a carico delle spese, queste verranno rimborsate direttamente all'Assicurato, se sono state sostenute personalmente dallo stesso, o alla Contraente.

In caso di presa a carico, la Società paga al posto dell'Assicurato le spese mediche sul posto per un massimo di 180 giorni dalla data dell'infortunio o della malattia a quella in cui i medici della Struttura Organizzativa ritengano che l'Assicurato sia rimpatriabile e fino al massimale previsto.

In caso di ricovero la Società prende a carico o rimborsa le spese mediche fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza, per Assicurato, per sinistro e per periodo di durata della trasferta.

Se il sinistro si verifica nel Paese di Residenza dell'Assicurato il massimale è limitato:

- ad Euro 5.000,00 se l'Assicurato è iscritto A.I.R.E.;

- ad Euro 30.000,00 se l'Assicurato è un iscritto all'A.I.R.E. e il sinistro avviene nel suo Paese di residenza A.I.R.E.

Nel massimale sono comprese:

- le spese di trasporto all'estero relative al primo soccorso dal luogo dell'evento fino all'Istituto di cura. Il trasporto può avvenire con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo e fino a un massimo di Euro 5.000,00.

In caso di infortunio e/o malattia, sono comprese in garanzia anche le ulteriori spese per le cure che l'Assicurato riceve al rientro alla sua residenza, per 60 giorni dopo il suo rientro e fino al massimale di Euro 30.000,00 per sinistro.

In assenza di ricovero se, mentre è in viaggio, l'Assicurato non viene ricoverato ma ha bisogno di sostenere le spese mediche, la Società rimborsa all'Assicurato stesso fino al massimo per sinistro e per periodo di durata del viaggio di:

- Euro 2.500,00 se l'Assicurato è nel suo Paese di Residenza o se l'Assicurato è iscritto A.I.R.E.

- Euro 10.000,00, se l'Assicurato è fuori dal suo Paese di Residenza.

Nel massimale sono comprese:

- le spese per cure dentarie urgenti, fino a Euro 1.000,00 per Assicurato;

- le spese per riparazioni di protesi, solo a seguito di infortunio, fino a un massimo di Euro 500,00 per Assicurato.

In entrambi i casi:

- l'Assicurato deve sempre telefonare alla Struttura Organizzativa prima di prendere qualsiasi iniziativa, salvo il caso di comprovata impossibilità. Se l'Assicurato non contatta la Struttura Organizzativa, non ha diritto ai rimborsi.

- questa garanzia prevede una Franchigia di cui all'art. 2.3 (Limiti).

Se si verifica un atto di terrorismo nel luogo in cui si trova l'Assicurato mentre lo stesso è in viaggio e lo stesso è direttamente colpito, può richiedere la garanzia Spese Mediche. La Società paga direttamente le spese. Se questo non è tecnicamente possibile, la Società rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, senza applicare la franchigia.

2. Garanzia diaria da ricovero

Se mentre l'Assicurato è in viaggio viene ricoverato, la Società paga all'Assicurato stesso una diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero di Euro 50,00 per un massimo di 365 giorni consecutivi di ricovero e per sinistro.

Questa garanzia prevede un limite e una franchigia di cui all'art. 2.3 (Limiti).

3. Spese di ricerca e soccorso

Se per una malattia e/o un infortunio, in viaggio, deve intervenire una squadra di emergenza, per cercare l'Assicurato o per salvare l'Assicurato stesso, la Società rimborserà all'Assicurato le spese di ricerca e soccorso, anticipate dalle autorità locali a carico dell'Assicurato, fino ad un massimo di Euro 50.000,00 per sinistro e per periodo di durata del viaggio.

C) Garanzia annullamento viaggio

1. Annullamento viaggio (valida per i viaggi di lavoro che iniziano dall'Italia e solo per i dipendenti del Contraente residenti in Italia)

In caso di annullamento per una delle seguenti cause:

- morte o ricovero improvviso del dipendente che deve partire per il viaggio di lavoro;
- morte o ricovero improvviso del coniuge, partner dell'unione civile, convivente, figlio/a, genitori, genero o nuora, fratelli, suoceri del dipendente che deve partire per il viaggio di lavoro;
- morte o ricovero improvviso della persona con cui il dipendente deve partire per il viaggio di lavoro o con cui deve incontrarsi durante lo stesso;
- partecipazione del dipendente che deve partire per il viaggio di lavoro ad un processo civile o penale come giurato o testimone;

- incendio che renda inagibile la dimora abituale del dipendente che deve partire per il viaggio di lavoro.

La Società paga un indennizzo fino ad Euro 10.000,00 per singolo viaggio di lavoro all'estero.

La Società:

- paga la penale solo se la causa di annullamento del viaggio di lavoro si verifica prima della partenza prevista e dopo la prenotazione del viaggio stesso;
- paga la penale dovuta al momento del sinistro o i maggiori costi per la modifica del viaggio di lavoro prenotato non coperti da altre assicurazioni operanti sui contratti di viaggio stessi o comunque non recuperabili in altro modo.

2. Ritardo volo (Valida per i viaggi di lavoro che iniziano dall'Italia e solo per i dipendenti del Contraente residenti in Italia)

La Società paga un indennizzo di Euro 100,00 per sinistro se:

- il volo di partenza dall'Italia programmato per la trasferta professionale subisca un ritardo di 8 ore o più rispetto all'orario inizialmente stabilito e confermato per la partenza;
- il volo di partenza dall'Italia programmato e confermato per la trasferta professionale venga cancellato.

3. Spese per rimborso situazioni di crisi

In caso si verifichi una improvvisa e imprevedibile Situazione di Crisi durante il Viaggio di Lavoro, nel paese ospitante il viaggio stesso, che metta a repentaglio la vita degli assicurati, vengono rimborsati i maggiori costi strettamente necessari e ragionevoli relativi alla messa in sicurezza delle persone.

Vengono rimborsati i costi relativi:

- al trasporto e alla sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato/Contraente per il rientro nel Paese di Residenza (o in Italia nel caso di iscritti all'A.I.R.E.) o per il trasferimento nel luogo indicato dalla Contraente/Assicurato;
- alla messa in sicurezza delle persone assicurate.

Non sono garantite le spese dovute o riconducibili/conseguenti a quarantena o ad altre misure restrittive della libertà di movimento, decise dalle competenti Autorità Internazionali e/o locali, intendendosi per Autorità locali qualsiasi autorità competente del Paese di origine o di qualsiasi Paese dove l'Assicurato ha pianificato il viaggio o attraverso il quale l'Assicurato sta transitando per raggiungere la sua destinazione.

I costi sono rimborsati alla Contraente fino ad un importo complessivo massimo di Euro 50.000,00 per evento anche in caso di più persone assicurate e per durata della polizza.

La Contraente può rivolgersi a Società terze specializzate in servizi per situazioni di crisi.

D) Garanzia Bagaglio

1. Bagaglio ed effetti personali

La Società paga all'Assicurato i danni materiali e diretti causati da:

- Furto, scippo, rapina, estorsione;
- Furto del bagaglio lasciato nel bagagliaio del veicolo, se l'Assicurato lasci il veicolo in una autorimessa custodita o denunci il furto totale del veicolo;
- e in solo caso di consegna ad un vettore aereo anche
- Smarrimento;
- Danneggiamento

dei Beni Personali dell'Assicurato e/o dei Beni Aziendali che l'Assicurato ha con sé fino al massimale unico di Euro 8.000,00 per assicurato e per durata del viaggio.

Tale massimale si intende così ripartito:

- Euro 5.000,00 per i Beni Personali
- Euro 3.000,00 per i Beni Aziendali

Verrà rimborsato:

- il valore dei Beni Personali dell'Assicurato o Aziendali con il limite di Euro 400,00 per oggetto se l'Assicurato può presentare gli scontrini di acquisto risalenti al massimo a 3 mesi prima del sinistro. Per i Personal Computer/Tablet, tale limite si intende elevato a Euro 500,00;

- il 50% del valore dichiarato con il limite di Euro 200,00 per oggetto nel caso in cui l'Assicurato non abbia gli scontrini di acquisto che indicano il valore degli oggetti;
- in aggiunta al massimale, la Società rimborsa all'Assicurato fino a Euro 50,00 le spese per rifare la Carta d'Identità, passaporto e patente in caso di furto, rapina, scippo, estorsione.

2. Ritardata consegna del bagaglio

L'Assicurato può richiedere la garanzia "Ritardata consegna del Bagaglio" se il vettore consegna all'Assicurato il bagaglio con più di 12 ore di ritardo nel caso di voli di linea confermati.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese imprevedute che questi deve sostenere per l'acquisto di articoli per l'igiene personale e/o abbigliamento che siano necessari. Questo fino ad un importo massimo di Euro 500,00 e solo per ritardi di consegna all'aeroporto di destinazione del viaggio di andata.

I massimali sono per Assicurato, per sinistro e per periodo di durata del viaggio.

3. Perdita, furto o distruzione di campionari

Se l'Assicurato deve interrompere il suo viaggio per perdita, furto o distruzione dei campioni, materiale di dimostrazione o prototipi di prodotti necessari allo svolgimento della Trasferta, la Società rimborsa all'Assicurato la quota delle spese del viaggio e di soggiorno per i giorni mancanti al suo rientro programmato, fino ad un importo massimo di Euro 1.000,00.

E) Garanzia Responsabilità Civile

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni che l'Assicurato stesso può causare involontariamente a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale che si sia verificato in viaggio, in relazione ai fatti della vita privata. Sono esclusi i rischi inerenti ad attività professionale.

La garanzia è prestata nel limite del massimale di € 1.000.000,00.

Per gli Iscritti all'AIRE il rimborso avverrà per il tramite del Contraente.

F) Garanzia Infortuni in viaggio

1. Infortuni in viaggio

La Società garantisce gli infortuni che possono capitare all'Assicurato durante il viaggio e che possono causare una invalidità permanente o la morte quando l'Assicurato svolge:

- le attività professionali principali e secondarie;
- ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Il massimale ed il periodo per cui l'Assicurato è garantito sono indicati nel Capitolato.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni causati da:

1. uso e guida di tutti i veicoli a motore e natanti;
2. asfissia non di origine morbosa;
3. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
4. annegamento;
5. folgorazione;
6. assideramento o congelamento;
7. colpi di sole, di calore o di freddo;
8. infezioni e avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti;
9. infortuni subiti in stato di malore, di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
10. imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
11. lesioni determinate da sforzo, compresi gli strappi muscolari e la rottura sottocutanea del tendine di Achille;
12. tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
13. calamità naturali, entro il limite catastrofale indicato all'Art. 2.3 (Limiti).

2. Invalidità Permanente

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato da un medico legale secondo i criteri e le percentuali previste dalla

“Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l’industria” allegata al Testo Unico sull’Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data dell’effetto della copertura.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l’indennizzo è stabilito tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell’Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di un arto/organo o di più arti/organi comporta l’applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Se l’Assicurato è mancino, le percentuali di riduzione dell’attitudine al lavoro stabilite per l’arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all’arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

In caso di Morte per cause diverse da quelle che hanno provocato l’invalidità permanente, prima che la Società abbia potuto fare i dovuti accertamenti, gli eredi dell’Assicurato avranno diritto alla liquidazione che sarebbe spettata all’Assicurato solo dimostrando la sussistenza del diritto all’indennizzo mediante consegna alla Società della documentazione che dimostra la stabilizzazione dei postumi.

L’Invalidità Permanente prevede una Franchigia di cui all’art. 2.3 (Limiti).

3. Morte

Se l’infortunio ha come conseguenza la morte, l’indennizzo viene pagato agli eredi dell’Assicurato dividendolo in parti uguali.

L’indennizzo per il caso di morte non si può sommare con quello per l’Invalidità Permanente.

Se entro due anni dal giorno dell’infortunio l’Assicurato dovesse morire in seguito all’infortunio per cui ha ricevuto il pagamento dell’indennizzo per Invalidità Permanente, gli eredi dell’Assicurato non devono restituire nessun rimborso alla Società.

Se la somma assicurata per il caso morte è superiore a quella già pagata per Invalidità Permanente gli eredi dell’Assicurato hanno diritto a ricevere la differenza tra l’indennizzo per il capitale morte e quello per invalidità permanente.

4. Morte presunta

Se a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi del Capitolato il corpo dell’Assicurato non venisse ritrovato, e si presume che l’Assicurato sia morto, la Società paga agli eredi dell’Assicurato la somma assicurata per il caso di morte.

Il pagamento dell’indennizzo avverrà dopo che sia trascorso un anno dalla presentazione dell’istanza per la dichiarazione di morte presunta, ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo il pagamento dell’indennizzo è provata l’esistenza in vita dell’Assicurato, la Società ha diritto di agire sia nei confronti degli eredi dell’Assicurato, sia nei confronti dell’Assicurato stesso per la restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta l’Assicurato potrà far valere i suoi diritti per l’invalidità permanente eventualmente residua.

5. Rischio volo

A parziale deroga delle “Esclusioni”, relativamente alla garanzia Infortuni in viaggio, l’assicurazione è estesa agli infortuni che l’Assicurato può subire durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati come passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

La somma dei capitali assicurati con il presente Capitolato e/o da altre polizze infortuni sottoscritte dall’Assicurato con la medesima Società non potrà superare i limiti di:

a. in caso di Morte:

- Euro 1.000.000,00 per persona;
- Euro 5.000.000,00 complessivamente per aeromobile.

b. in caso di Invalidità Permanente:

- Euro 1.000.000,00 per persona;
- Euro 5.000.000,00 complessivamente per aeromobile.

In caso di sinistro che coinvolga più assicurati della Società, nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati per aeromobile, i pagamenti spettanti ai singoli assicurati saranno adeguati con riduzione e imputazione proporzionale sulla base delle singole polizze.

Il Contraente potrà chiedere il rimborso dei premi (tolte le tasse già pagate) nella stessa proporzione.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende iniziato al momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui l'Assicurato ne è disceso.

6. Infortuni causati da guerra e/o insurrezione

L'Assicurato è garantito anche per un infortunio causato da una guerra o un'insurrezione scoppiata improvvisamente in uno Stato in cui l'Assicurato stesso si trovi a viaggiare, fuori dal territorio italiano.

L'Assicurazione vale per 14 giorni dallo scoppio della guerra o dell'insurrezione.

G) Garanzia Tutela Legale

La Società assicura la Tutela Legale per la difesa degli interessi dell'Assicurato in sede extragiudiziale e giudiziale nell'ambito della vita privata durante il viaggio di lavoro, comprese le spese non recuperabili dalla controparte nei casi indicati nel presente Capitolato, alle condizioni del presente Capitolato e con il limite del massimale per sinistro di € 50.000,00 illimitato per anno assicurativo.

Le spese che verranno pagate all'Assicurato comprendono:

- le spese del procedimento di mediazione/negoziazione assistita per ricorrere e/o partecipare al procedimento stesso secondo quanto previsto dalle tabelle allegate al D.M. 55/2014 e/o successive modifiche. Le spese verranno pagate secondo i parametri di cui alle richiamate tabelle con esclusione di ogni forma di riduzione o di aumento dei compensi di cui al citato decreto 55/2014 e/o successive modifiche;
- le spese di un unico Avvocato incaricato per gestire il Sinistro secondo quanto previsto dalle tabelle allegate al D.M. 55/2014 e/o successive modifiche. Le spese verranno pagate secondo i parametri di cui alle richiamate tabelle con esclusione di ogni forma di riduzione o di aumento dei compensi di cui al citato decreto 55/2014 e/o successive modifiche;
- le spese per un importo massimo fino ad Euro 2.500,00 di un secondo Avvocato domiciliatario, unicamente in fase giudiziale. Tali spese verranno pagate solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale deve essere trattato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato, secondo quanto previsto dalle tabelle allegate al D.M. 55/2014 e/o successive modifiche. Le spese verranno pagate secondo i parametri di cui alle richiamate tabelle con esclusione di ogni forma di riduzione o di aumento dei compensi di cui al citato decreto 55/2014 e/o successive modifiche;
- le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;
- le eventuali spese dell'Avvocato di controparte, nel caso di una soccombenza dell'Assicurato per condanna, o di transazione autorizzata dalla Società;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio;
- le spese per il Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Società;
- le spese di giustizia;
- le spese per gli arbitrati per la decisione di controversie. Sono assicurate anche le spese degli arbitri secondo quanto previsto dalle tabelle allegate al D.M. 55/2014 e/o successive modifiche. Le spese verranno pagate secondo i parametri di cui alle richiamate tabelle con esclusione di ogni forma di riduzione o di aumento dei compensi di cui al citato decreto 55/2014 e/o successive modifiche;
- il Contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488, art. 9 - D.L. 11.03.2002 n. 28), se non ripetuto dalla Controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
- le spese per la registrazione di atti giudiziari fino ad un limite di Euro 500,00.

In caso di un evento riguardante le garanzie oggetto dell'assicurazione, l'Assicurato può ottenere informazioni sulle garanzie stesse, i rischi assicurati, le condizioni di polizza, le modalità e i

termini per la denuncia dei sinistri e sull'evoluzione dei sinistri già in essere telefonando alla Struttura Organizzativa.

1. Tutela Legale in viaggio

Gli oneri indennizzabili previsti nel precedente paragrafo valgono nei seguenti casi:

1. le richieste fatte dall'Assicurato per il risarcimento dei danni di natura non contrattuale, per fatti illeciti di terzi, anche in caso di costituzione di parte civile nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte;
2. l'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni che derivino da sinistri stradali/navali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni oppure come conducenti di biciclette o infine come passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante;
3. la difesa in sede penale nei procedimenti per delitti colposi e per contravvenzioni. La prestazione è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
4. la difesa in sede civile contro richieste di risarcimento danni per fatto illecito avanzate da terzi; tale garanzia opera solo se l'Assicurato ha stipulato e pagato una polizza di R.C. con le seguenti modalità:
 - in caso di sinistro coperto dalla polizza di Responsabilità Civile tale garanzia opera a secondo rischio ovvero dopo l'esaurimento di ciò che è dovuto dall'Assicuratore di R.C.;
 - nel caso in cui la Polizza di Responsabilità Civile, pur essendo regolarmente in essere, non sia operante nella fattispecie in esame, ossia non copra la fattispecie denunciata perché non è oggetto di copertura, perché espressamente esclusa o perché il danno è di importo inferiore rispetto alla franchigia prevista dalla polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia opera a primo rischio.

La Società, su richiesta del Contraente, riconoscerà per ogni sinistro di difesa penale, il pagamento del "fondo spese ed onorari" richiesto dal Legale incaricato della gestione del caso assicurativo mediante regolare fattura, fino alla concorrenza del limite di Euro 5.000,00 per sinistro.

Per effetto di tali pagamenti il massimale assicurato sarà proporzionalmente diminuito in misura corrispondente all'entità del "fondo spese" riconosciuto.

La Società conserva il diritto di ripetere nei confronti dell'Assicurato di ogni importo anticipato allo stesso, qualora venga riconosciuta la colpa grave o il dolo dell'Assicurato nell'evento che ha dato origine alla controversia.

Insorgenza del sinistro – decorrenza della garanzia

Ai fini del presente Capitolato, per insorgenza del Sinistro si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come segue:

- il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali e per le spese di resistenza per danni arrecati a terzi;
- il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto per tutte le restanti ipotesi.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i Sinistri, qualora nel Capitolato siano presenti le rispettive garanzie, che siano insorti:

- durante il periodo di validità della copertura prevista dal presente Capitolato, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di spese di resistenza per danni arrecati a terzi, di procedimento penale, di responsabilità amministrativa e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative.

Nel caso in cui la presente Polizza ne sostituisca altra stipulata per il medesimo rischio (proveniente da altra Compagnia), senza alcuna interruzione temporale della copertura assicurativa, l'assicurazione varrà anche per comportamenti colposi posti in essere durante la validità della polizza sostituita, sempreché i sinistri vengano denunciati durante la validità di questa Polizza e si riferiscano a atti/fatti posti in essere non oltre due anni prima della data di stipula della presente

Polizza, purché le denunce di sinistro non siano state ancora presentate neppure al Contraente e/o all'Assicurato alla data di emissione della presente polizza.

Quanto sopra riportato vale per tutte le prestazioni già previste nella polizza precedente, mentre non si applica a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto, per le quali valgono le carenze e le disposizioni generali.

In caso di sinistro accaduto durante il periodo di cui sopra, sarà onere del Contraente/Assicurato fornire copia della Polizza di Tutela Legale precedente.

La Garanzia si estende ai sinistri che siano insorti durante il periodo di validità della Polizza e che siano stati denunciati alla Società entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione della Polizza stessa nei modi e nei termini previsti dal presente Capitolato.

Si considerano a tutti gli effetti come unico Sinistro:

- uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche se coinvolgono più persone;
- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio o procedimenti di responsabilità amministrativa a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto;
- le imputazioni penali per Reato continuato.

In caso di pluralità di Assicurati coinvolti in un unico sinistro, la prestazione viene garantita con un unico massimale per sinistro che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dagli oneri da ciascuno sopportati. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro risulta non esaurito, il residuo viene ripartito in parti uguali tra gli Assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese previste al paragrafo 1. Tutela Legale in viaggio.

Art. 2.2 - Delimitazione dell'assicurazione - Esclusioni

Per tutte le garanzie sono esclusi i sinistri provocati:

- a) con dolo o colpa grave salvo quanto indicato nelle singole garanzie;
- b) da alluvioni, inondazioni, terremoti, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali (salvo quanto indicato nelle singole garanzie);
- c) da guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo (salvo quanto indicato nelle singole garanzie) e di vandalismo;
- d) da trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

È escluso qualsiasi viaggio che l'Assicurato fa allo scopo di effettuare: visite, controlli, ricoveri, interventi chirurgici.

La Società non è tenuta a garantire la copertura assicurativa e non è obbligata a pagare l'Indennizzo e/o Risarcimento o a riconoscere alcun beneficio previsto dalle presenti Condizioni di Assicurazione se la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Risarcimento od il riconoscimento di tale beneficio espone la Società a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea o degli USA. Questa clausola prevarrà su qualsiasi clausola contraria eventualmente contenuta nel presente Capitolato.

L'Assicurato può effettuare più viaggi nel corso di validità della Polizza. Per ciascun viaggio, l'Assicurato può soggiornare all'estero al massimo per 180 giorni consecutivi.

L'Assicurato non sarà coperto per i sinistri che gli accadono dopo i 180 giorni.

Per la garanzia assistenza sono inoltre esclusi i sinistri dovuti a:

- a) tentato suicidio o suicidio;
- b) uso di imbarcazioni a motore 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;

- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- d) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte; kite-surfing; 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;
- f) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da stato di ebrezza o abuso di psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- g) espianto e/o trapianto di organi;
- h) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, esplosivi, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
- i) tutto quanto non è indicato nelle singole prestazioni.

Per la garanzia spese mediche sono inoltre esclusi i sinistri dovuti a:

- a) tentato suicidio o suicidio;
- b) uso di imbarcazioni a motore 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;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- d) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- e) aborto volontario non terapeutico;
- f) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte; kite-surfing; 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;
- g) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da stato di ebrezza o abuso di psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- h) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- i) espianto e/o trapianto di organi;
- j) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, esplosivi, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
- k) gli infortuni preesistenti all'inizio del viaggio;
- l) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie senza carattere di urgenza;
- m) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in casi di soggiorno e convalescenza, case di riposo ancorché qualificate come istituti di cura.

Per la garanzia annullamento viaggio sono inoltre esclusi i sinistri dovuti a:

- a) tutte le cause prevedibili e/o note all'Assicurato e al Contraente al momento della prenotazione del Viaggio;
- b) conseguenze e/o complicanze di infortuni avvenuti prima della prenotazione del Viaggio;
- c) fallimento del Vettore o dell'Agenzia o dell'Organizzatore di Viaggio;
- d) epidemie aventi caratteristiche di pandemia, di gravità e virulenza tale da comportare un'elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile, quarantene;
- e) cause o eventi non specificati all'Art. 2.1 (Oggetto dell'Assicurazione) lettera C;

Per la garanzia ritardo volo sono inoltre esclusi:

- a) i fatti conosciuti o avvenuti fino a otto ore prima dell'ora di prevista partenza.

Per la garanzia bagaglio ed effetti personali sono inoltre esclusi i sinistri:

- a) verificatisi durante i viaggi effettuati su motoveicoli di qualsiasi cilindrata;
- b) per furto del bagaglio a bordo del veicolo;
- c) provocati ad attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- d) dovuti a dimenticanza, incuria o smarrimento da parte dell'Assicurato.

Per la garanzia perdita, furto o distruzione di campioni sono inoltre esclusi i sinistri:

a) dovuti a cancellazione della Trasferta a causa della perdita, del furto o della distruzione di campioni, materiale dimostrativo o prototipi, prima della data di partenza per la Trasferta;

b) dovuti a furto da qualsiasi veicolo di detti campioni;

c) dovuti a confisca, sequestro o distruzione degli stessi campioni, per ordine di un'autorità amministrativa.

Per la garanzia Responsabilità Civile sono inoltre esclusi i danni:

a) alle cose mobili ed immobili che l'Assicurato ha in consegna e/o custodia a qualsiasi titolo;

b) derivanti dall'esercizio di una professione o attività retribuita;

c) derivanti dalla proprietà, possesso, uso e guida di mezzi a motore in genere, salvo il caso della sola messa in moto avvenuta all'insaputa dei genitori da parte dei figli di età inferiore ai 14 anni;

d) derivanti dalla detenzione di sostanze tossiche o radioattive e da inquinamento del suolo, dell'aria e dell'acqua;

e) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria, dell'aeromodellismo, del paracadutismo e degli sport aerei in genere;

f) derivanti dalla proprietà della casa o dell'appartamento e i relativi impianti.

Per la garanzia Infortuni sono inoltre esclusi gli infortuni causati:

a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;

b) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto previsto al precedente punto 5. "Rischio volo" dell'art. 2.1 (Oggetto dell'Assicurazione) lettera F;

c) da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;

d) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;

e) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

f) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

g) di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;

h) dello sport del paracadutismo;

i) dei seguenti altri sport: pugilato, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiacciaio, free climbing, guidoslitta, bob, sci acrobatico, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, immersione con autorespiratore;

j) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;

k) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, esplosivi, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;

l) dallo svolgimento dell'attività di vigile del fuoco, pirotecnico, palombaro, acrobata, controfigura, cascatore nonché pilota o equipaggio di aerei.

La garanzia Tutela legale in viaggio non è prestata nei seguenti casi:

a) controversie derivanti da fatto doloso dell'Assicurato;

b) controversie conseguenti a tumulti popolari, atti bellici, rivoluzioni, terremoti, alluvioni, eruzioni vulcaniche, scioperi o serrate, o conseguenti a detenzione o impiego di sostanze radioattive;

c) controversie in materia di diritto tributario, fiscale e amministrativo;

d) controversie in materia di diritto di famiglia e delle successioni;

e) controversie derivanti da ricorsi e opposizioni contro sanzioni pecuniarie comminate in via amministrativa;

f) controversie derivanti dalla proprietà e dall'uso di natanti e di imbarcazioni muniti di motore, nonché dalla proprietà e dall'uso di veicoli a motore soggetti all'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile;

g) controversie derivanti da vertenze connesse a comportamenti antisindacali (come previsto dall'art. 28 dello Statuto dei lavoratori) e da vertenze in materia di licenziamenti collettivi;

h) controversie in materia di diritti di brevetto, marchio, autore, concorrenza sleale, rapporti fra soci e amministratori, nonché le controversie derivanti da contratti di agenzia nonché per vertenze nei confronti di agenti e/o rappresentanti;

i) controversie per il recupero crediti;

j) controversie per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto;

- k) controversie relative a contratti di leasing immobiliare;
- l) controversie per contratti di compravendita di immobili;
- m) controversie relative a fusioni, modificazioni, trasformazioni societarie;
- n) controversie tra Contraente e collaboratori non dipendenti;
- o) controversie per le operazioni di costruzione, trasformazione, ristrutturazione immobiliare per le quali sia necessaria la concessione edilizia;
- p) controversie di valore inferiore a Euro 250,00;
- q) controversie contrattuali con la Società;
- r) controversie non indicate nell'art. 2.1 (Oggetto dell'Assicurazione) lettera G.

Art. 2.3 - Limiti

Limite catastrofale in caso di Terrorismo

Se l'Assicurato è coinvolto in un atto di terrorismo che interessa anche altri soggetti assicurati con la Società, per le garanzie

- 1. Assistenza
- 2. Spese mediche

complessivamente e per tutti i suoi assicurati coinvolti, la Società garantisce un massimale di 10 milioni di Euro per Evento Catastrofale.

Se il massimale sopra indicato non è sufficiente per pagare tutti gli assicurati coinvolti, la Società riduce i rimborsi/indennizzi/prestazioni di ogni singolo assicurato tenendo conto dei massimali indicati nelle loro polizze. Per gli assicurati con massimale illimitato, la Società riduce i rimborsi tenendo come massimale di riferimento 1 milione di Euro.

La somma complessiva dei costi non può superare il massimale previsto.

A) Garanzia Assistenza

Limitazione di responsabilità

La Società non dovrà risarcire i danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.

Limiti delle singole prestazioni

La Società per il soccorso stradale non pagherà:

- le spese per i pezzi di ricambio e ogni altra spesa di riparazione;
- le spese per l'intervento di mezzi eccezionali indispensabili per il recupero del veicolo;
- le spese per il traino, nel caso in cui il veicolo rimanga immobilizzato durante la circolazione al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad essa equivalenti (quali per esempio: percorsi fuoristrada).

La Società in caso di "veicolo fermo" (punto 24. della garanzia Assistenza) non pagherà:

- le spese per i pezzi di ricambio e ogni altra spesa di riparazione;
- le spese relative all'intervento di mezzi eccezionali;
- le spese relative all'intervento, nel caso in cui il veicolo abbia subito il guasto durante la circolazione al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad essa equivalenti (quali per esempio: percorsi fuoristrada).

Limiti di interventi

La Società non garantisce l'intervento e la conseguente puntuale erogazione delle prestazioni in caso di guerra, lotta armata o insurrezione anche in aree geografiche limitate, scioperi, rivoluzioni,

sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, nonché epidemie/pandemie.

In ogni caso gli interventi saranno realizzati in ottemperanza a quanto previsto dalle autorità locali e internazionali.

B) Garanzia Rimborso Spese Mediche

Limiti

La Società non pagherà:

- le spese sostenute dall'Assicurato nel caso in cui lo stesso non abbia denunciato alla Società, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso e/o tutte le spese sostenute in assenza di autorizzazione della Struttura organizzativa, fatto salvo il caso di comprovata impossibilità di effettuare la denuncia;
- le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti;
- le spese per acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, le spese per apparecchi ortopedici e/o protesici;
- le spese per le visite di controllo effettuate, al rientro nel luogo di residenza, per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio oltre i 60 giorni dal rientro;
- le spese sostenute dall'Assicurato per malattie o infortuni che hanno generato un sinistro che è già stato rimborsato all'Assicurato e che si è verificato nel corso dello stesso viaggio;
- le spese mediche e ospedaliere che possono essere rimandate al rientro dell'Assicurato alla sua residenza.

Inoltre, per il punto **1. Spese Mediche/farmaceutiche/ospedaliere** valgono i seguenti limiti:

Franchigia

La Società procederà alla liquidazione delle spese applicando la franchigia di Euro 75,00 per Sinistro per le spese sostenute senza ricovero e senza presa a carico.

Limiti di indennizzo

La Società paga direttamente o rimborsa le spese mediche sostenute a seguito di una malattia cronica entro il limite massimo di Euro 300.000,00 per assicurato, per sinistro e per durata del viaggio.

Inoltre, per il punto **2. Diaria da ricovero all'estero** valgono i seguenti limiti:

Franchigia

La Società non pagherà i primi tre giorni di ricovero.

Limiti

Il giorno in cui l'Assicurato viene ricoverato e il giorno in cui viene dimesso dall'ospedale vengono contati come un unico giorno indipendentemente dall'orario di entrata o uscita.

C) Garanzia annullamento viaggio

Limiti

La Società non pagherà:

- le caparre e/o gli acconti non giustificati da documenti fiscali di penale;
- i viaggi incentivati.

D) Garanzia bagaglio

Limiti

Per la garanzia “Bagaglio ed effetti personali” la Società non indennizzerà all’Assicurato:

- il 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;
- i beni diversi da capi di abbigliamento che siano stati consegnati, anche insieme agli abiti, ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;
- gli accessori fissi e di servizio del veicolo in uso (compresi autoradio o riproduttore, estraibili).

Per la garanzia “Spese per ritardata consegna del bagaglio” la Società non pagherà all’Assicurato:

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

E) Garanzia Responsabilità Civile

Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi:

- a) il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli di tutti i soggetti assicurati;
- b) le persone che subiscono il danno mentre stanno lavorando o stanno prestando un servizio per l’Assicurato.

F) Garanzia Infortuni

Franchigia sull’Invalidità Permanente

Sul capitale assicurato per Invalidità Permanente è applicata la seguente franchigia assorbibile al 15%:

- del 2,5% fino a Euro 250.000,00 di capitale assicurato
- del 5% oltre Euro 250.000,00 di capitale assicurato.

A titolo di esempio:

- sul capitale assicurato di Euro 250.000,00 per Invalidità Permanente pari od inferiore al 2,5% non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 2,5%, l’indennizzo viene riconosciuto solo per la percentuale in più rispetto al 2,5%;
- sul capitale assicurato tra Euro 250.000,00 e Euro 1.000.000,00 per Invalidità Permanente pari od inferiore al 5% non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al 5%, l’indennizzo viene riconosciuto solo per la percentuale in più rispetto al 5%.

Nel caso in cui l’Invalidità Permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l’indennizzo verrà liquidato senza togliere alcuna franchigia.

Limite catastrofale in caso di calamità naturale

Se l’Assicurato è coinvolto in una Calamità Naturale che interessa anche altri assicurati della Società, la stessa, per la garanzia Infortuni complessivamente e per tutti i suoi assicurati coinvolti, garantisce un massimale di 1 milione di Euro per evento.

Se il massimale sopra indicato non è sufficiente per pagare tutti gli assicurati coinvolti, la Società riduce in proporzione gli indennizzi di ogni singolo assicurato tenendo conto dei massimali indicati nelle loro polizze.

La somma complessiva dei costi non può superare il massimale previsto in questo paragrafo.

G) Garanzia Tutela Legale

Delimitazione dell’oggetto dell’Assicurazione

La Società non pagherà:

- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale);
- spese di trasferta dell'Avvocato;
- spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose.

Coesistenza di copertura di Responsabilità Civile

Qualora esista e sia operante un'altra copertura assicurativa che garantisca l'Assicurato per la Responsabilità Civile, il presente Capitolato, nei limiti delle prestazioni garantite e delle eventuali condizioni aggiuntive, opera in secondo rischio, ovvero dopo l'esaurimento del massimale di Responsabilità Civile che è garantito con la polizza dell'Assicurato per le spese di resistenza e soccombenza. In tutti gli altri casi e nel caso in cui l'Assicurato abbia una copertura assicurativa D. & O. ovvero in caso di costituzione civile nell'ambito di un processo penale, la polizza opera a primo rischio.

Art. 2.4 - Somme assicurate/Massimali

Le somme assicurate sono quelle di seguito riepilogate:

Garanzia	Somme assicurate/Massimale
Assistenza	Come previsto alle singole sezioni
Rimborso Spese Mediche	€ 10.000,00
Rimborso Spese per situazione di crisi	€ 50.000,00
Annullamento viaggio	€ 10.000,00
Ritardo volo	€ 100,00
Bagaglio	€ 8.000,00
Morte	€ 1.000.000,00
Invalidità	€ 1.000.000,00
Tutela Legale	€ 50.000,00
Responsabilità Civile	€ 1.000.000,00

Per quanto non riepilogato si fa riferimento a quanto specificato nel presente Capitolato.

Art. 2.5 - Esonero denuncia generalità degli assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, si farà riferimento alle risultanze del registro missioni del Contraente.

Art. 2.6 - Limite di età

Il presente Capitolato assicura persone con età non superiore a 75 anni.

Se l'Assicurato compie 75 anni nel periodo di validità della polizza, sarà comunque assicurato fino alla data di scadenza.

Art. 2.7 - Limiti territoriali

Per tutte le garanzie ad eccezione delle specifiche sottoindicate si intendono tutti i Paesi del Mondo ove si è verificato il sinistro ed in cui le garanzie e le prestazioni vengono fornite.

PAESI ESCLUSI: Sono esclusi i seguenti paesi: Afghanistan, 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.

Nello specifico per:

A) Garanzia Assistenza

Le prestazioni al veicolo sono valide in Europa. Per Europa si intende:

Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Serbia, Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria.

Le prestazioni alla persona (salvo specifiche indicazioni nelle singole prestazioni) sono valide in tutti i Paesi del Mondo ove si è verificato il sinistro ed in cui le garanzie e le prestazioni vengono fornite.

Le prestazioni ai familiari rimasti alla residenza in Italia e all'abitazione di residenza in Italia sono valide in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.

G) Garanzia Tutela Legale

Le garanzie prestate con la presente polizza sono operative per violazioni di legge e lesioni di diritti verificatesi in Europa.

Per Europa si intende:

Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano, Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca, Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia, Serbia, Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria.

Sono comunque esclusi dalla copertura di polizza gli oneri di assistenza stragiudiziale e giudiziale per violazioni di legge o lesioni di diritti verificatesi in Paesi o in zone nelle quali siano in atto fatti bellici o rivoluzioni.

Art. 3 - Norme che regolano la gestione sinistri

Art. 3.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

A) Garanzia Assistenza

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve telefonare subito alla Struttura Organizzativa.

Se l'Assicurato non può telefonare subito alla Struttura Organizzativa perché non ne ha la possibilità, deve chiamare appena possibile e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Se l'Assicurato non telefona alla Struttura Organizzativa, la Società può decidere di non fornire all'Assicurato le Prestazioni di assistenza. In questo caso si applica l'art. 1915 del Codice Civile.

Per tutte le garanzie diverse dall'Assistenza e dalla Tutela Legale l'Assicurato deve fornire i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono, codice fiscale;
- numero di Polizza;
- la causa della denuncia del sinistro;
- luogo in cui l'Assicurato o le persone che hanno dato origine al sinistro sono reperibili.

I tempi per la denuncia del sinistro sono indicati nelle singole garanzie.

Nel dettaglio per ciascuna garanzia l'Assicurato dovrà procedere come di seguito indicato:

B) Garanzia Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato deve effettuare la denuncia alla Società, per il tramite del Broker, entro 60 (sessanta) giorni da quando c'è stato il sinistro e inviare la seguente documentazione:

- autorizzazione al trattamento dei dati personali inserendo nella denuncia la seguente dichiarazione che dovrà essere sottoscritta dall'Assicurato: "autorizzo la Società.....a trattare i miei dati personali, ivi compresi dati sensibili, per la valutazione della liquidazione del sinistro";
- 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 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.

Per la garanzia "Diaria da ricovero" l'Assicurato deve inviare la seguente documentazione:

- descrizione dell'accaduto;
- copia della cartella clinica.

C) Garanzia annullamento viaggio

L'Assicurato deve comunicare alla Società, per il tramite del Broker, la richiesta di annullamento del viaggio fatta all'organizzazione viaggi o agenzia.

L'Assicurato deve effettuare la denuncia del sinistro entro 5 (cinque) giorni da quando c'è stato il sinistro e inviare la seguente documentazione:

- certificato medico attestante la data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia, la diagnosi specifica e i giorni di prognosi;
- documentazione medica che attesti la sua impossibilità di partecipare al viaggio;

- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- scheda di iscrizione al viaggio o documento analogo;
- ricevute (acconto, saldo, penale) di pagamento del viaggio;
- estratto conto di conferma prenotazione;
- fattura relativa alla penale addebitata;
- programma e regolamento del viaggio;
- documenti di viaggio (visti, ecc.);
- contratto di prenotazione viaggio;
- titoli di viaggio non utilizzati, in originale.

Per la garanzia “Ritardo Volo” l’Assicurato deve inviare la seguente documentazione:

- la documentazione che certifichi l’orario di effettiva partenza, che l’Assicurato dovrà chiedere direttamente al vettore;
- conferma di prenotazione (o altro documento rilasciato dall’agenzia di viaggio) che comprovi l’emissione dei biglietti di viaggio;
- copia dei biglietti/carte d’imbarco;
- ultimo foglio di convocazione dell’organizzazione viaggi o agenzia;
- ultimo orario di aggiornamento comunicato dall’organizzazione viaggi o agenzia.

Per la garanzia “Spese per rimborso situazioni di crisi” l’Assicurato deve inviare la seguente documentazione:

- la causa dell’interruzione o della modifica;
- ricevuta di pagamento del biglietto per il trasporto;
- ricevuta di pagamento della sistemazione alberghiera;
- titoli di viaggio non utilizzati, in originale.

D) Garanzia Bagaglio

L’Assicurato deve effettuare la denuncia alla Società, per il tramite del Broker, entro 60 (sessanta) giorni da quando c’è stato il sinistro e inviare la seguente documentazione:

- copia autentica della denuncia con il visto dell’Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il fatto;
- le circostanze dell’accaduto;
- elenco degli oggetti rubati con date e valori d’acquisto e relativa documentazione che ne attesti il possesso da parte dell’Assicurato prima del sinistro (scontrini o ricevute d’acquisto);
- copia della lettera di reclamo presentata all’albergatore o vettore o altro responsabile del danno e la loro lettera di risposta;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti, se sostenute;
- 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;
- 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.

Per la garanzia “Spese per ritardata consegna del bagaglio”, l’Assicurato dovrà inviare una dichiarazione della società di gestione aeroportuale o della società vettore che attesti l’avvenuta ritardata consegna del bagaglio oltre le 12 (dodici) ore e l’ora dell’avvenuta consegna.

Per la garanzia “Perdita, furto o distruzione di campioni” l’Assicurato deve effettuare una denuncia del furto alle autorità del paese in cui si trova entro 24 (ventiquattro) ore dall’accaduto.

L’Assicurato deve inviare la seguente documentazione:

- originale della denuncia che ha fatto alle Autorità del paese in cui si trovava;

- titoli di viaggio non utilizzati, in originale.

E) Garanzia Responsabilità Civile

L'Assicurato deve effettuare la denuncia alla Società, per il tramite del Broker, entro 60 (sessanta) giorni da quando c'è stato il sinistro e inviare la seguente documentazione:

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno comportato i danni ai terzi e, ove tenuto, copia della denuncia presentata all'Autorità competente;
- eventuale richiesta di risarcimento dei danni da parte del terzo danneggiato;
- eventuale riproduzione fotografica delle cose o delle parti di cosa danneggiate.

F) Garanzia Infortuni

L'Assicurato deve effettuare la denuncia alla Società, per il tramite del Broker, entro 3 (tre) giorni da quando c'è stato il sinistro e inviare la seguente documentazione:

- certificato medico redatto sul posto;
- certificati medici che documentino il decorso delle lesioni.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, dovranno consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Per la gestione dei sinistri di tutte le garanzie, la Società può chiedere all'Assicurato altri documenti necessari per valutare il sinistro; l'Assicurato è tenuto a fornire quanto richiesto, pena la non risarcibilità del danno.

G) Garanzia Tutela Legale

L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società, per il tramite del Broker, qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza.

In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere alla Società, per il tramite del Broker, copia di ogni atto a lui pervenuto, entro 7 (sette) giorni dalla data di ricevimento dello stesso.

L'Assicurato dovrà indicare il numero di ruolo e/o ogni ulteriore elemento utile al fine della corretta identificazione del procedimento.

Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

L'Assicurato deve:

- informare immediatamente la Società, per il tramite del Broker, in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Gestione del sinistro e libera scelta del legale

A) Tentativo di componimento amichevole (stragiudiziale)

Ricevuta la denuncia di Sinistro, la Società prova, ove possibile, a gestire la trattazione stragiudiziale della vertenza al fine di realizzarne il bonario componimento. La Società si riserva di demandare ad Avvocati di propria scelta o scelti dall'Assicurato, previo benestare della Società, la gestione stragiudiziale anche avanti ad organismi di mediazione. L'Assicurato non può dar corso ad iniziative e ad azioni, raggiungere accordi o Transazioni senza il preventivo benestare della Società. In caso di inadempimento di questi oneri l'Assicurato decade dal diritto all'indennizzo del Sinistro.

B) Scelta del legale o del perito

Quando non è stato possibile raggiungere una bonaria definizione della controversia (stragiudiziale, come identificato al punto A), o quando la natura della vertenza escluda la possibilità di un componimento amichevole promosso dalla Società, o quando vi sia conflitto di interessi fra la Società e

L'Assicurato, o quando vi sia necessità di una difesa in sede penale coperta dall'Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto di scegliere un Avvocato di sua fiducia a cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ufficio Giudiziario competente per la vertenza oppure del luogo di residenza dell'Assicurato stesso, segnalandone il nominativo alla Società. Qualora la controversia o il procedimento penale debbano essere radicati in un distretto di corte d'appello diverso da quello di residenza dell'Assicurato, questi ha la facoltà di scegliere un legale che esercita nel distretto di corte d'appello di propria residenza, segnalandone comunque il nominativo alla Società; in questo caso, la Società stessa rimborsa anche le eventuali spese sostenute esclusivamente in sede giudiziale per un Avvocato corrispondente (Spese del domiciliatario) nei limiti quantitativi indicati nel presente Capitolato.

L'Assicurato che non intenda avvalersi del diritto di scelta del legale può chiedere alla Società di indicare il nominativo di un Avvocato al quale affidare la tutela dei propri interessi. La procura all'Avvocato designato deve essere rilasciata dall'Assicurato, e quest'ultimo deve fornirgli tutta la documentazione necessaria. La Società conferma l'incarico professionale all'Avvocato in tal modo conferito.

Qualora si renda necessaria la nomina di un Perito di parte, la stessa deve essere preventivamente concordata con la Società.

La Società rimborsa in ogni caso le spese di un solo Avvocato e/o perito anche nel caso in cui l'Assicurato abbia conferito l'incarico a diversi legali/periti.

La Società non è responsabile dell'operato di Avvocati Consulenti Tecnici e Periti.

C) Revoca dell'incarico all'Avvocato designato o rinuncia al mandato da parte dello stesso Avvocato

In caso di revoca dell'incarico professionale all'Avvocato nominato inizialmente da parte dell'Assicurato e di successivo incarico ad altro Avvocato nel corso dello stesso grado di giudizio, la Società rimborsa le spese di un solo Avvocato a scelta dell'Assicurato.

Se la revoca dell'incarico professionale avviene al termine di un grado di giudizio, la Società rimborsa comunque anche le spese dell'Avvocato incaricato per il nuovo grado di giudizio.

In caso di rinuncia da parte dell'Avvocato incaricato, la Società rimborsa sia le spese dell'Avvocato originariamente incaricato sia le spese del nuovo Avvocato designato, sempre che la rinuncia non sia determinata da una oggettiva valutazione di temerarietà della lite.

D) Obblighi dell'Assicurato in merito agli onorari ai legali e ai periti. Rimborsi all'Assicurato delle spese sostenute per la gestione della vertenza

L'Assicurato non può raggiungere accordi con gli Avvocati e i periti in merito agli onorari agli stessi dovuti senza il preventivo consenso della Società. In caso di mancato rispetto di tale obbligo l'Assicurato decade dal diritto all'indennizzo.

La Società, quando si è conclusa la controversia, rimborsa all'Assicurato le spese sostenute (nei limiti del massimale previsto dal presente Capitolato e dedotte le eventuali franchigie e scoperti), sempre che tali spese non siano recuperabili dalla controparte.

E) Disaccordo fra Assicurato e Società

In caso di disaccordo fra l'Assicurato e la Società in merito all'interpretazione del presente Capitolato e/o alla gestione del Sinistro, la Società si impegna ad avvertire l'Assicurato del suo diritto di avvalersi della procedura arbitrale, e la decisione viene demandata, senza comunque escludere la possibilità di andare in giudizio, ad un arbitro designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente territorialmente per la controversia. L'arbitro provvede secondo equità.

Le spese dell'arbitrato vengono attribuite nel modo seguente:

- in caso di esito totalmente o parzialmente favorevole per la Società, sono ripartite al 50% fra ciascuna delle due Parti;
- in caso di esito totalmente favorevole per l'Assicurato, devono essere pagate tutte dalla Società.

Recupero di somme

Spettano alla Società, che le ha sostenute o anticipate, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente con la controparte.

Art. 3.2 - Criteri per la liquidazione del danno

D) Garanzia Bagaglio**Criteri**

Nel caso sia un vettore il responsabile dei danni al bagaglio, la Società paga all'Assicurato fino alla concorrenza del massimale previsto nel presente Capitolato, integrando la parte già rimborsata dal vettore responsabile dell'evento.

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.

Nel caso di rimborso relativo a telefoni cellulari, personal computer e tablets, tale rimborso verrà effettuato alla Contraente, salvo il caso in cui l'Assicurato possa dimostrare la proprietà di tali beni.

Per gli Iscritti all'A.I.R.E. il pagamento del danno avverrà per il tramite del Contraente.

E) Garanzia Responsabilità Civile**Gestione delle vertenze e spese di resistenza**

La Società assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato o designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti o azioni che spetterebbero all'Assicurato. L'Assicurato è tenuto a prestare la sua collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito nel presente Capitolato per il danno cui si riferisce la domanda.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra l'Assicurato e la Società in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

F) Garanzia Infortuni**Criteri di indennizzabilità**

La Società paga all'Assicurato l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, la Società gli indennizza soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 2.1 (Oggetto dell'Assicurazione) punto "Invalidità Permanente" della Garanzia Infortuni in viaggio, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Per gli Iscritti all'A.I.R.E., gli accertamenti e/o le perizie relative alla quantificazione dell'indennizzo devono essere effettuati in Italia, il pagamento del danno avverrà presso la Contraente.

Rinuncia al diritto di surrogazione (Art. 1916 del Codice Civile)

La Società rinuncia a chiedere a chi ha provocato l'infortunio all'Assicurato la somma che la Società stessa ha pagato all'Assicurato.

Valutazione del danno – arbitrato irrituale

In caso di disaccordo fra l'Assicurato e la Società in merito all'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono demandare la soluzione della Controversia per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel Comune sede di istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio. Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e alle competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È comunque fatta salva la facoltà per l'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 3.3 - Valuta di pagamento

In Italia, in qualità di Contraente e/o di Assicurato l'indennizzo verrà liquidato in Euro. Se viene richiesto l'indennizzo di spese avute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea, o appartenenti all'Unione Europea ma che non hanno l'Euro come moneta, la Compagnia calcola l'indennizzo convertendo in Euro l'importo delle spese sostenute. La Compagnia calcola l'indennizzo in base al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese e/o nel giorno di emissione della fattura.

Art. 3.4 - Segreto professionale

Gli Assicurati sono tenuti a liberare dal segreto professionale nei confronti della Società i medici che devono esaminare il sinistro per il quale deve essere valutato lo stato di salute dell'Assicurato stesso.

Disposizione finale

Il presente capitolato, dopo il decreto di aggiudicazione del Contraente assumerà, in caso di eventuale richiesta di esecuzione anticipata del servizio ai sensi dell'art. 32 comma 8 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i., a tutti gli effetti la validità di contratto anche per quanto riguarda le norme contenute, il prezzo, le scadenze, la decorrenza della garanzia assicurativa. Quanto innanzi nelle more del decorso del termine di cui al successivo comma 9 e fatto salvo quanto ivi previsto.

Si conviene fra le parti che contrattualmente si intendono operanti solo le norme dattiloscritte presenti nel capitolato tecnico, che annullano e sostituiscono integralmente tutte le condizioni richiamate e riportate sulla modulistica utilizzata dalla Società. Saranno ammesse solo le modifiche espressamente indicate in sede di offerta.

La firma apposta dal Contraente su tale modulistica vale solo quale presa d'atto della durata contrattuale, del numero assegnato al contratto, del conteggio del premio e del trattamento dei dati personali.

Ad aggiudicazione avvenuta, il Contraente dà notizia immediata alla Società che ha vinto la gara.

La Società aggiudicataria inserirà l'eventuale riparto delle Coassicuratrici che sarà allegato al Capitolato all'atto della firma del Legale Rappresentante del Contraente.

Dichiarazione

Ad ogni effetto di legge, nonché ai sensi dell'art. 1341 Codice Civile, il Contraente e la Società dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione:

- Art. 1.2 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 1.3 - Variazione del rischio
- Art. 1.4 - Revisione dei prezzi e di altre clausole contrattuali
- Art. 1.5 - Clausola di recesso
- Art. 1.6 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia
- Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 1.8 - Durata del contratto
- Art. 1.9 - Cessazione anticipata del contratto
- Art. 1.12 - Foro competente
- Art. 1.14 - Coassicurazione e delega
- Art. 1.15 - Assicurazione presso diversi assicuratori
- Art. 1.16 - Clausola Broker
- Art. 1.17 - Obbligo di fornire i dati dell'andamento del rischio.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Contraente, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., autorizza al trattamento dei dati personali, disgiuntamente, la Società ed il Broker.