



Chubb Easy Solutions Business Class Contratto di Assicurazione multirischi

Redatto secondo le linee guida del Tavolo Tecnico tra ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari di cui alla Lettera al Mercato IVASS del 14/03/2018

CHUBB®

INDICE

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA..... 2

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE..... 6

 Articolo 1) Dichiarazioni del Contraente 6

 Articolo 2) Forma delle comunicazioni - validità delle variazioni 6

 Articolo 3) Variazioni di rischio 6

 Articolo 4) Operazioni straordinarie o creazione di una controllata 6

 Articolo 5) Determinazione e pagamento del Premio 7

 Articolo 6) Regolazione del Premio (valido solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza) 7

 Articolo 7) Durata e rinnovo del Contratto..... 8

 Articolo 8) Recesso in caso di Sinistro..... 8

 Articolo 9) Altre assicurazioni..... 8

 Articolo 10) Diritto di surroga..... 8

 Articolo 11) Foro competente..... 8

 Articolo 12) Oneri fiscali 8

 Articolo 13) Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di legge 8

 Articolo 14) Clausola Broker 8

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE..... 10

 Articolo 15) Ambito di operatività..... 10

 Articolo 16) Infortuni coperti dalla Polizza..... 10

 A. Premessa..... 10

 B. Ernie traumatiche e da sforzo 11

 C. Rischio volo 11

 D. Malore..... 11

 E. Esposizione agli elementi 11

 Articolo 17) Infortuni 11

 A. Prestazioni Sempre Operanti..... 11

 17.1 - Morte da Infortunio dell'Assicurato 11

 17.2 - Invalidità Permanente da Infortunio 12

 17.3 – Incidenti su mezzi pubblici di trasporto 12

 17.4 – Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'Assicurato 12

 17.5 – Recovery Hope..... 13

 17.6 – Coma conseguente a Infortunio 13

 17.7 – Rischio guerra 13

 B. Prestazioni operanti solo se espressamente richiamate in Polizza 13

 17.8 - Estensione rischio guerra 13

 Articolo 18) Spese mediche e diarie..... 14

 A. Prestazioni Sempre Operanti 14

 18.1 – Spese mediche al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato 14

 18.2 – Spese mediche in Italia 14

 18.3 - Rimborso costi di Assistenza psicologica 15

 18.4 - Danno estetico permanente 15

 18.5 - Spese per ricerca e soccorso 15

 18.6 - Diaria da Ricovero da Infortunio 15

 Articolo 19) Informazioni..... 16

 A. Prestazioni Sempre Operanti 16

 19.1 - Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana 16

 19.2 - Informazioni urgenti relative al viaggio..... 16

 Articolo 20) Assistenza 17

 A. Prestazioni Sempre Operanti 17

 20.1 - Assistenza al rimpatrio e spese mediche di emergenza..... 17

 a) Assistenza all'Assicurato 17

 b) Assistenza ai familiari dell'Assicurato 20

| | |
|---|----|
| Articolo 21) Crisis Management..... | 21 |
| A. Prestazioni Sempre Operanti | 21 |
| 21.1 - Permanenza forzata a causa di un disastro naturale o di un'epidemia | 21 |
| 21.2 - Rimborso dello stipendio dell'Assicurato in caso di rapimento o sequestro | 21 |
| 21.3 - Indebito arricchimento | 21 |
| 21.4 - Evacuazione politica e disastro naturale..... | 22 |
| Articolo 22) Tutela Beni Personali e Aziendali..... | 22 |
| A. Prestazioni Sempre Operanti | 22 |
| 22.1 - Perdita, furto e danneggiamento | 22 |
| 22.2 - Limite di Indennizzo..... | 22 |
| 22.3 - Costi non rimborsabili | 22 |
| 22.4 - Calcolo dell'Indennizzo..... | 23 |
| 22.5 - Perdita, furto o distruzione di campioni..... | 23 |
| 22.6 - Perdita, furto di carte bancarie e documenti di identità..... | 23 |
| 22.7 - Uso fraudolento di carta SIM da parte di terzi..... | 24 |
| 22.8 - Effetti personali e furto di contante in seguito ad Aggressione..... | 24 |
| Articolo 23) Inconvenienti in Viaggio..... | 24 |
| A. Prestazioni Sempre Operanti | 24 |
| 23.1 - Limite di Indennizzo | 24 |
| 23.2 - Ritardo o cancellazione del volo, non ammissione a bordo..... | 25 |
| 23.3 - Mancato trasferimento | 25 |
| 23.4 - Ritardo di arrivo degli effetti personali | 25 |
| 23.5 - Dirottamento dei mezzi di trasporto | 25 |
| 23.6 - Cancellazione o modifica di una Trasferta Professionale/Missione..... | 25 |
| 23.7 - Anticipo di denaro..... | 26 |
| 23.8 - Rimborso Franchigia per Sinistri al veicolo noleggiato..... | 26 |
| Articolo 24) Responsabilità Civile verso Terzi..... | 26 |
| A. Prestazioni Sempre Operanti..... | 26 |
| 24.1 Responsabilità Civile verso Terzi | 26 |
| SEZIONE 4 - DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI..... | 28 |
| Articolo 25) Persone non assicurabili - limite d'età..... | 28 |
| Articolo 26) Limite catastrofale | 28 |
| Articolo 27) Limiti territoriali | 28 |
| Articolo 28) Esclusioni di copertura | 28 |
| Articolo 29) Criteri di indennizzabilità..... | 28 |
| Articolo 30) Cumulo di Indennità..... | 29 |
| Articolo 31) Dichiarazioni del Contraente - decadenza | 29 |
| SEZIONE 5 - DENUNCIA DI SINISTRO | 30 |
| Articolo 32) Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e condizioni per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza | 30 |
| A. INFORTUNI | 30 |
| B. SPESE MEDICHE E DIARIE | 30 |
| C. ASSISTENZA | 31 |
| D. CRISIS MANAGEMENT | 31 |
| E. TUTELA BENI PERSONALI E AZIENDALI | 32 |
| F. INCONVENIENTI DI VIAGGIO..... | 32 |
| G. RESPONSABILITA' CIVILE..... | 33 |
| Articolo 33) Prova | 33 |
| Articolo 34) Controversie..... | 33 |
| Articolo 35) Liquidazione degli Indennizzi..... | 33 |

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo (o a cui si fa riferimento nel relativo Set Informativo), assumono il seguente significato:

A

Aggravamento del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali danni conseguenti al suo verificarsi.

Aggressione: l'attacco fisico improvviso e violento ai danni dell'Assicurato.

Arbitrato: il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra il Contraente o l'Assicurato e l'Assicuratore. Tale procedimento può essere previsto dai contratti di assicurazione.

Assalto: qualunque menomazione fisica o attacco intenzionale subito dall'Assicurato, derivante da un atto deliberato, improvviso e brutale di un'altra persona o gruppi di persone.

Assicurato: la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Salvo ove espressamente pattuito, si intendono Assicurati i soggetti:

- i dipendenti del Contraente nonché apprendisti, amministratori, consiglieri e sindaci, in Trasferta Professionale/Missione per conto del Contraente stessa;
- eventuali persone, indipendentemente dal Paese di residenza, che svolgano una Trasferta Professionale/Missione per conto del Contraente, a condizione che abbiano un incarico formale assegnato dal Contraente, oppure siano in grado di produrre altra documentazione fornita da quest'ultima che dimostri la loro effettiva mobilitazione ai fini dell'adempimento della Trasferta Professionale/Missione;
- il Coniuge/convivente nonché i Figli a carico dell'Assicurato, come risultante da stato di famiglia, che lo accompagnino durante la Trasferta Professionale/Missione.

Non sono assicurati i dipendenti che abbiano lo status di Espatriati.

Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione Assistenza: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto, in denaro o in natura (servizio), nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assicurazione Infortuni: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un infortunio.

Assistenza: l'aiuto tempestivo entro i limiti convenuti nel contratto di assicurazione che viene erogato per il tramite della Centrale Operativa e fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro.

Atto di Terrorismo o Sabotaggio: qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di:

- condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone;
- fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza;
- interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.

B

Beneficiario: la persona fisica designata in polizza dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.

C

Carenza: il periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

Commissioni/Costi di Intermediazione: il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

Coniuge: il coniuge del Contraente, per matrimonio o unione civile, o il convivente more uxorio.

Contraente: la persona giuridica o fisica, maggiorenne e residente in Italia, alla quale è intestata la Scheda di Polizza e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente e con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.

Crisis Management: attività svolta da professionisti, in materia di assistenza, in situazioni di crisi.

D

Danno: il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un sinistro.

Dati Personali: le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.

Denaro: monete, banconote, lettere di credito, voucher, carte di credito/debito, vaglia postali, traveller cheques e buoni benzina purché il tutto sia in possesso dell'Assicurato nella misura strettamente necessaria per gli spostamenti, i pasti, la sistemazione alberghiera e le spese personali durante la Trasferta Professionale/Missione.

Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

Diaria: garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento da parte dell'Assicuratore di una somma di denaro, per ogni giorno d'inabilità temporanea, oppure per ogni giorno di ricovero in istituti di cura, in conseguenza di infortunio o malattia.

Dichiarazioni Precontrattuali: le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato, oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Dipendente: persona con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.

Disdetta: la comunicazione che il Contraente o l'Assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di interrompere il contratto di assicurazione.

Documenti di viaggio: documenti di identità, visti per l'ingresso in un Paese, titoli di viaggio e altri documenti indispensabili per il proseguimento della Trasferta Professionale.

E

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

Espatriati: qualunque dipendente ovvero soggetto ad esso equiparabile (si veda la voce "Assicurato") che si trovi in una o più delle seguenti condizioni:

- sia stato incaricato dal Contraente di svolgere, con carattere di permanenza, la propria attività professionale in un Paese diverso da quello della propria residenza;
- svolga la propria attività professionale in un Paese diverso da quello della sua residenza per più di 365 giorni;
- svolga la propria attività professionale in uno specifico Paese diverso da quello della propria residenza per più di 120 giorni l'anno.

Estero: qualunque territorio o Paese al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

F

Figlio: ciascun figlio legittimo o naturale dell'Assicurato o del Coniuge/convivente, a carico dell'Assicurato stesso, come risultante da stato di famiglia.

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La franchigia si dice "**Assoluta**" quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito. La franchigia si dice invece "**Relativa**" quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito: se il danno è inferiore o uguale all'importo della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.

Caso d):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

G

Giorno di Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.

Inabilità Temporanea: l'incapacità fisica, totale o parziale e per una durata limitata nel tempo, a svolgere le proprie mansioni lavorative.

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

Istituto di Cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano per garantirne la stabilità, il buon funzionamento e per tutelare il consumatore.

L

Legge: qualsiasi testo normativo vigente e riconosciuto in base all'ordinamento giuridico applicabile.

Liquidatore: il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.

M

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente/consequente ad Infortunio.

Malattia improvvisa: La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non deve essere manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato. Sono comprese le malattie preesistenti sofferte dall'Assicurato quando le stesse siano patologicamente stabilizzate.

Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

Mezzo Pubblico di Trasporto Terrestre: qualsiasi mezzo di trasporto terrestre che operi in base a licenza di trasporto a pagamento per passeggeri, inclusi i mezzi noleggiati con conducente.

Missione: qualunque spostamento provvisorio e temporaneo dell'Assicurato in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano in una sede diversa da quella presso la quale svolge normalmente l'attività lavorativa.

P

Periodo di Assicurazione: periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza riportate nella Scheda di Polizza.

Perito: il libero professionista che può essere incaricato di valutare la natura e stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un Sinistro. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è di norma un medico legale incaricato della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla normativa vigente.

Prestazioni Assicurate: l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.

Principio Indennitario: principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo una fonte di guadagno.

Q

Questionario Anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'Assicuratore può chiedere al Contraente di compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute e alle precedenti malattie

o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilire le Condizioni di Assicurazione.

Quietanza: la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

R

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Registro dei Reclami: il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento. **Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.**

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

Riserve: le somme di denaro che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli Assicurati.

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

S

Scheda di Polizza: la parte della polizza contenente i dati generali del contratto (come i dati anagrafici del Contraente, il numero identificativo del contratto, la data di effetto e scadenza) e gli ulteriori elementi che descrivono il rischio assicurato (come il massimale e le franchigie).

Set Informativo: l'insieme dei documenti che costituiscono l'informativa precontrattuale che vengono consegnati al Contraente (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e, ove previsto, Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

Sottolimito: l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.

Stabilizzazione Patologica: il momento in cui lo stato di salute ed eventuali patologie sofferte dall'Assicurato sono divenute stabili ovvero non suscettibili di modifica per effetto di qualsiasi trattamento.

Struttura Organizzativa: la struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che organizza ed eroga le prestazioni previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.

Surroga: la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

T

Tabella INAIL: la Tabella di Legge per i casi di invalidità permanente annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria, approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124.

Trasferta Professionale: qualunque viaggio di lavoro intrapreso dall'Assicurato in qualunque Paese Estero del mondo, per conto del Contraente di polizza. Sono ricomprese le partecipazioni a seminari e conferenze, considerate alla stregua dei viaggi di lavoro.

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Articolo 1) Dichiarazioni del Contraente

L'Assicuratore garantisce le prestazioni oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal **Contraente**, che pertanto **deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio**.

Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del Danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Articolo 2) Forma delle comunicazioni - validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore.

Qualunque modifica del Contratto deve risultare da atto di variazione sottoscritto da entrambe le Parti (**Contraente e Assicuratore**).

Articolo 3) Variazioni di rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, l'Assicuratore provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. **Se la variazione implica aggravamento del rischio, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di 15 giorni**, salvo diverso accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto risultante da apposito atto di variazione.

Articolo 4) Operazioni straordinarie o creazione di una controllata

A. Nuova entità controllata

Se la Contraente procedesse, durante il Periodo di Assicurazione, all'acquisto di titoli in un'altra impresa o alla creazione di un'altra entità che, a seguito di tale acquisizione o creazione, diventasse una controllata, tale nuova entità sarà coperta dal presente Contratto, a condizione che non sussista nessuna assicurazione simile e solo se, per quanto riguarda l'acquisizione, la Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi.

Verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o acquisizione.

B. Fusione della Contraente

Se la Contraente procedesse, durante il Periodo di Assicurazione, a unire o consolidare un altro soggetto creando una nuova realtà aziendale (fusione in senso stretto), alle risorse umane aziendali coinvolte in questa operazione straordinaria verranno estese le coperture assicurative previste dal presente Contratto, a condizione che non sussista alcuna assicurazione simile in atto e solo se, per quanto riguarda la nuova entità a seguito di fusione, la Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi.

Verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o fusione.

In relazione alle operazioni straordinarie sopra riportate:

- a) se le Trasferte Professionali/Missioni, in termini di destinazione e numero di giornate della nuova entità, fossero inferiori al 10% dei dati dichiarati all'Assicuratore al momento della stipula del presente Contratto, il personale a cui verrà estesa questa assicurazione avrà copertura per il resto del Periodo di Assicurazione, senza Premio supplementare. Tuttavia, la Contraente fornirà all'Assicuratore i dettagli della nuova entità e/o del personale assicurato durante tale periodo di copertura;
- b) se le Trasferte Professionali/Missioni, in termini di destinazione e numero di giornate della nuova entità, fossero superiori al 10% dei dati dichiarati all'Assicuratore al momento della stipula del presente Contratto, tale entità ed il personale a cui verrà estesa questa assicurazione avranno copertura per i successivi 30 giorni. Tuttavia, la Contraente dovrà fornire all'Assicuratore i dettagli della nuova entità e/o delle trasferte professionali in termini di destinazione e numero di giornate nel corso di tale periodo di copertura, per permettere all'Assicuratore di rivedere i dettagli e formulare una nuova proposta assicurativa, in modo che la Contraente abbia facoltà di rifiutare o accettare la copertura, accettando di pagare un Premio supplementare, per la nuova entità e/o persone coperte.

La mancata comunicazione all'Assicuratore di ogni nuova entità e/o personale assicurato renderà nulla la copertura per la nuova entità e/o del personale assicurato, oltre il periodo massimo di copertura di 30 giorni.

Articolo 5) Determinazione e pagamento del Premio

Il Premio è sempre determinato per Periodi di Assicurazione di 365 giorni, salvo la Scheda di Polizza preveda un Periodo di Assicurazione di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate. La Contraente è tenuta a pagare all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del Contratto, i Premi della Polizza medesima.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze, emesse dall'Assicuratore o dall'Intermediario cui la Polizza è assegnata e recanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di mora di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio, ferme restando le scadenze stabilite dal presente Contratto. **Trascorso tale termine di mora, l'Assicuratore ha diritto di dichiarare la risoluzione del Contratto tramite lettera raccomandata, fermo il diritto dell'Assicuratore ai Premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.**

Al termine di ciascun Periodo di Assicurazione il Premio di Polizza, se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza, sarà automaticamente aggiornato. Tale aggiornamento prevedrà una rivalutazione pari al valore percentuale indicato nella Scheda di Polizza.

Articolo 6) Regolazione del Premio (valido solo se espressamente richiamato nella Scheda di Polizza)

Se il Premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è poi regolato alla fine di ogni Periodo di Assicurazione secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo riportato nella Scheda di Polizza, stabilito in 500 euro. A tale scopo, entro le scadenze definite come seguenti in base al tipo di regolazione, devono essere forniti per iscritto all'Assicuratore i dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al Periodo di Assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. In tal caso l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente e di dichiarare la risoluzione del Contratto tramite lettera raccomandata. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, l'Assicuratore, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligato per i Sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, l'Assicuratore avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dal Periodo di Assicurazione immediatamente successivo, portandolo ad un importo non inferiore all'80% dell'ultimo Premio consuntivo.

Assicurazione a Libro Matricola (Consulenti e/o persone non dipendenti, etc.)

La garanzia assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle categorie indicate nello stato di rischio. Le variazioni di rischio, aggiunte e diminuzioni, dovranno essere immediatamente comunicate all'Assicuratore e/o all'Intermediario a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che il Contraente farà pervenire all'Intermediario. Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate, fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per capitali superiori a quelli indicati nello stato di rischio. Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, mutilazioni ecc. od esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo adesione scritta da parte dell'Assicuratore. Al termine di ogni Periodo di Assicurazione, o della minor durata del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza, si procederà alla regolazione del Premio definitivo in base ai tassi di Premio convenuti e/o al Premio indicato per persona e giornata presenza ed ai capitali assicurati. Le differenze attive risultanti, devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. Se il Contraente non effettua nel termine predetto il pagamento della differenza attiva dovuta, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per l'Assicuratore di agire giudizialmente e di dichiarare la risoluzione del Contratto mediante lettera raccomandata.

A giornate presenza

Il Contraente è esonerato dalla preventiva comunicazione delle generalità delle persone da ritenersi assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai registri amministrativi che attestino l'effettiva assegnazione della trasferta. Detti registri dovranno essere esibiti, in qualsiasi momento, a semplice richiesta della persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e/o controlli. Entro 60 giorni dalla fine di ogni Periodo di Assicurazione, il Contraente invierà all'Assicuratore e/o all'Intermediario a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax l'indicazione

di tutti i dati richiesti per il calcolo del numero complessivo delle giornate presenza del personale in Missione. In base ai dati forniti l'Assicuratore procederà alla regolazione del Premio per persona e per giornate presenza il cui importo è indicato nell'allegata Scheda di Polizza.

Articolo 7) Durata e rinnovo del Contratto

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se in quel momento il Premio è stato pagato; in caso contrario, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite dal presente Contratto.

In mancanza di Disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata o Posta Elettronica Certificata almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente, salvo espressa deroga indicata nella Scheda di Polizza.

Articolo 8) Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata, fermo restando che relativamente ad ogni Sinistro conseguente a Malattia Improvvisa, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il Contratto fosse stato stipulato da meno di 730 giorni.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicuratore.

Il recesso esercitato dall'Assicuratore ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte del Contraente.

In tutti i casi, l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso. Il pagamento o la riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la Denuncia dell'Infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

In ogni caso, ferme le limitazioni di cui sopra, le Parti hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il Sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

Articolo 9) Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore.

Articolo 10) Diritto di surroga

L'Assicuratore è surrogato, fino alla concorrenza della somma liquidata, in tutti i diritti e le azioni che l'Assicurato può far valere nei confronti dei responsabili dei Danni.

Articolo 11) Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente Polizza, il Foro competente sarà quello di residenza dell'Assicurato.

Articolo 12) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente.

Articolo 13) Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di legge

Il presente Contratto di Assicurazione è regolato dalla legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato.

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

Articolo 14) Clausola Broker

Il Contraente dichiara, e l'Assicuratore ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente Contratto all'Intermediario il cui nominativo è indicato in Polizza; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Polizza saranno effettuati tempestivamente per conto del Contraente dallo stesso. Parimenti, Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore all'Intermediario si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni all'Assicuratore fatte dall'Intermediario e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale Disdetta alla Polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dal presente Contratto.

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 15) Ambito di operatività

La presente Polizza copre gli Infortuni che gli Assicurati subiscano in occasione di Trasferte Professionali/Missioni con o senza soggiorno, fermi i limiti e le esclusioni di cui alla Sezione "Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale".

La validità della copertura - riportata sulla Scheda di Polizza allegata - può essere relativa a Trasferte Professionali/Missioni solo in Italia, solo all'Estero, in Italia ed all'Estero.

La copertura decorre dall'effettivo inizio del viaggio, indipendentemente dal fatto che esso avvenga dall'abitazione dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina con il ritorno dell'Assicurato in una delle predette sedi di partenza, fermi i limiti di cui alla definizione di "Assicurato".

L'assicurazione è estesa al Coniuge/convivente dell'Assicurato e ai suoi Figli a carico, come risultante da stato di famiglia, che lo accompagnino durante la Trasferta Professionale/Missione per le sole garanzie di seguito indicate e fatte salve le esclusioni specifiche indicate per ciascuna garanzia: "Morte da Infortunio", "Invalidità permanente da Infortunio", "Spese mediche al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato", "Danno estetico permanente", "Spese per ricerca e soccorso", "Evacuazione politica e disastro naturale" "Assistenza all'Assicurato", "Assistenza ai familiari dell'Assicurato".

L'assicurazione si intende inoltre estesa per un periodo di 15 giorni consecutivi al termine della Trasferta Professionale/Missione nel caso in cui gli Assicurati desiderino prolungare per ragioni e scopi privati la propria permanenza in loco, fermi i limiti di cui alla definizione di "Assicurato".

Articolo 16) Infortuni coperti dalla Polizza

A. Premessa

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nelle "Definizioni di Polizza" comprende anche:

- infezioni direttamente derivanti da Infortunio, ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'Infortunio stesso o quelle riconducibili a malattie tropicali;
- avvelenamento e menomazione fisica dovuta a consumo non intenzionale di sostanze tossiche o corrosive;
- asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori;
- annegamento;
- congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio;
- gli Infortuni derivanti da atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione;
- lesioni fisiche derivanti da Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto di cui l'Assicurato sia stato vittima, con esclusione nel caso fosse dimostrata una parte attiva in qualità di istigatore o esecutore;
- asfissia meccanica;
- lesioni da sforzo ed ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, secondo quanto riportato nel seguente paragrafo "Ernie traumatiche e da sforzo";
- le seguenti fattispecie per le quali l'Assicuratore liquiderà, forfettariamente e complessivamente nel caso di più rotture sottocutanee, l'importo indicato nella Scheda di Polizza senza applicazione di alcuna Franchigia:
 - rottura del tendine di Achille (trattata chirurgicamente o meno);
 - rottura del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - rottura del tendine dell'estensore del pollice;
 - rottura del tendine del quadricipite femorale;
 - rottura della cuffia dei rotatori.

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi: ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

Fermo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni di copertura" della Sezione "Delimitazioni della copertura ed esclusioni", sono inoltre assicurati gli Infortuni derivanti da attività sportive a carattere ricreativo, escluse pertanto le attività sportive svolte professionalmente o per le quali l'Assicurato percepisca una qualunque forma di compenso anche a mero titolo di rimborso spese, entro il Massimale e con applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza.

Le seguenti attività sono assicurate entro il Massimale e con applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza: uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il III° grado della scala U.I.A.A.

A parziale deroga dell'Articolo 1900 del Codice Civile, si precisa che le garanzie assicurative previste dalla presente Polizza sono operanti anche per gli Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

B. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dal paragrafo che precede, si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente**;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente**.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'articolo 35 che segue. Per i casi di cui sopra non verranno applicate le Franchigie di Polizza per il caso di Invalidità Permanente.

C. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti **escluse**, per questi ultimi, **le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso**. Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni verificatisi in conseguenza di forzato dirottamento, compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato sia stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

D. Malore

L'assicurazione comprende altresì gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore o incoscienza.

E. Esposizione agli elementi

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dal Contratto, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti.

Articolo 17) Infortuni

A. Prestazioni Sempre Operanti

17.1 - Morte da Infortunio dell'Assicurato

In caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza che provochi la morte dell'Assicurato, **e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto**, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi la somma assicurata per il caso di morte da Infortunio, indicata nella Scheda di Polizza.

Detto capitale sarà maggiorato del 10% qualora l'Assicurato avesse Coniuge/convivente e/o Figli a carico alla data del decesso, indipendentemente dal numero di persone componenti la famiglia.

a) Morte da Infortunio del Coniuge/convivente

In caso di Infortunio che provochi la morte del Coniuge/convivente accompagnatore dell'Assicurato durante la Trasferta Professionale/Missione, l'Assicuratore liquiderà ai Beneficiari l'Indennizzo predeterminato e indicato nella Scheda di Polizza.

b) Morte da Infortunio del Figlio

In caso di Infortunio che provochi la morte del Figlio accompagnatore dell'Assicurato durante la Trasferta Professionale/Missione, l'Assicuratore liquiderà ai Beneficiari l'Indennizzo predeterminato e indicato nella Scheda di Polizza.

c) Supervalutazione Rischio Volo

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di un incidente aereo, entro i limiti di quanto riportato al precedente articolo "Rischio Volo", l'Assicuratore verserà ai Beneficiari l'Indennizzo aggiuntivo forfettario indicato nella Scheda di Polizza. Tale Indennizzo aggiuntivo è riservato al solo Assicurato, ad esclusione di qualunque accompagnatore dello stesso.

d) Morte presunta

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio, si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquiderà la somma assicurata ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali. **La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile.** Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte dell'Assicuratore dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

17.2 - Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e **purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto**, l'Assicuratore liquida l'Indennità indicata nella Scheda di Polizza e calcolata sulla somma assicurata per Invalidità assoluta, secondo la Tabella INAIL, **con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a Malattia professionale**, con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della Franchigia Relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta Tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale. **La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.**

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'Indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato saranno considerate permanentemente immutabili, entro e non oltre 730 giorni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio.

a. Applicazione Franchigia

Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza allegata alla Polizza, identificata come "Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio", ove presente.

b. Supervalutazione invalidità totale permanente

Se l'Assicurato è vittima di una Invalidità Permanente Totale pari al 100%, l'Indennizzo sarà maggiorato del 50%.

c. Somme assicurate degli accompagnatori

In caso di postumi di Invalidità Permanente provocati da Infortunio, occorso al Coniuge/convivente o Figlio a carico dell'Assicurato, accompagnatore durante la Trasferta Professionale, l'Assicuratore utilizzerà l'importo indicato nella Scheda di Polizza, quale somma base per il calcolo dell'Indennizzo da riconoscere ai Beneficiari. Il grado di Invalidità Permanente verrà stabilito al momento in cui le condizioni saranno considerate permanentemente immutabili, entro e non oltre 730 giorni dal verificarsi dell'Infortunio.

17.3 – Incidenti su mezzi pubblici di trasporto

Nel caso di Infortunio, avvenuto a bordo di un Mezzo Pubblico di Trasporto Terrestre, che provochi la morte o postumi di Invalidità Permanente **pari o superiori al 50%** all'Assicurato trasportato quale passeggero, l'Assicuratore erogherà la somma assicurata aumentata del 25% e comunque entro il limite aggiuntivo indicato nella Scheda di Polizza.

Sono esclusi gli Infortuni occorsi quando l'Assicurato si trovi alla guida del mezzo di trasporto noleggiato.

17.4 – Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'Assicurato

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente **pari o superiore al 33%**, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva fino al 15% della somma assicurata per Invalidità Permanente entro il limite aggiuntivo indicato nella Scheda di Polizza. Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto dietro presentazione di:

- fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- fatture relative alle opere di modifica/attrezzatura del veicolo abitualmente utilizzato dall'Assicurato, per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla propria perdita di autonomia.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

17.5 – Recovery Hope

L'Assicuratore riconosce, a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un Indennizzo alternativo e sostitutivo di quelli previsti in Polizza, qui di seguito chiamato "Indennizzo per Recovery Hope", secondo il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

L'ammontare dell'Indennizzo per "Recovery Hope" sarà pari all'Indennità assicurata per il caso di morte da Infortunio stabilita in Polizza. L'Assicuratore verserà al Beneficiario l'Indennizzo per "Recovery Hope" al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. coma dell'Assicurato per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. comunicazione all'Assicuratore, per iscritto e secondo le stesse modalità previste per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti. In entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 10 giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma;
3. documentazione su tale stato da fornire all'Assicuratore, richiesta ai sensi dell'articolo 36 "Prova".

La domanda di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato e deve essere corredata del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, della nomina del curatore o tutore e del provvedimento di autorizzazione al pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope".

A partire dalla data di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà e, quindi, l'Assicuratore null'altro sarà tenuto a corrispondere né per morte né per Invalidità Permanente, salvo si verifichino le condizioni indicate nel paragrafo che segue.

Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" l'Assicurato esca totalmente dal coma l'Assicuratore, dietro richiesta dell'Assicurato stesso o a richiesta del tutore o curatore, (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un Indennizzo integrativo pari al 10% dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di Euro 50.000,00. Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 giorni e a condizione che all'Assicuratore sia stata fornita la documentazione richiesta.

17.6 – Coma conseguente a Infortunio

Nel caso in cui a seguito di Infortunio, l'Assicurato fosse rimasto **in stato di coma ininterrotto per più di 10 giorni**, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato l'importo indicato nella scheda di Polizza per ciascun giorno trascorso in coma, **fino ad un massimo di 365 giorni consecutivi**. Detto importo verrà considerato a detrazione delle maggiori somme previste in caso di morte o Invalidità Permanente da Infortunio e/o da somme previste dalla prestazione "Recovery Hope".

17.7 – Rischio guerra

La presente Polizza assicura gli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, Atto di Terrorismo, per un periodo massimo di 21 giorni dall'inizio delle ostilità, esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

Il massimale per evento è indicato nella Scheda di Polizza.

Per informazioni sui Paesi a rischio, consultare il sito del Ministero Affari Esteri: www.viaggiasesicuri.it.

B. Prestazioni operanti solo se espressamente richiamate in Polizza

17.8 - Estensione rischio guerra

Inoltre, se espressamente concordato e indicato nella Scheda di Polizza, l'assicurazione è estesa anche a qualsiasi Infortunio causato direttamente o indirettamente da, risultante da, o collegato a: guerra, invasione, atti di un nemico straniero, ostilità o operazioni di guerra dichiarata o meno, guerra civile, ribellione, insurrezione, potere militare usurpato e legge marziale.

La presente garanzia è prestata entro il limite per evento indicato nell'Allegato "Rischio guerra" ed eventualmente, se presenti, entro i Sottolimiti indicati nel medesimo Allegato.

In relazione all'Art. 17.7 "Rischio guerra" e all'Art. 17.8 "Estensione rischio guerra" si precisa che in caso di guerra, invasione, atti di un nemico straniero, ostilità o operazioni di guerra dichiarata o meno, guerra civile, ribellione, insurrezione, potere militare usurpato e legge marziale, la Struttura Organizzativa non sarà ritenuta responsabile in caso di mancata esecuzione o ritardo nell'erogazione delle prestazioni di Assistenza. Inoltre, sono sempre esclusi i casi in cui:

- L'Assicurato prende parte attiva ad uno degli eventi su menzionato se durante il servizio di leva, nelle attività di esercitazione, o in ogni caso quando in servizio in qualità di membro delle Forze Armate;
- tali eventi si verifichino nel Paese di residenza dell'Assicurato ovvero all'interno della Repubblica Italiana, Stato della Città del Vaticano, Repubblica di San Marino;
- tali eventi prevedano, indipendentemente da qualsiasi causa scatenante, l'uso, la minaccia di uso e il rilascio di armi nucleari, di armi di distruzione di massa o biologiche.

Articolo 18) Spese mediche e diarie

A. Prestazioni Sempre Operanti

18.1 – Spese mediche al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato

La garanzia è prestata in eccesso a quanto a carico del servizio sanitario nazionale o indennizzato da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato.

La seguente garanzia è valida nel corso delle Trasferte Professionali svolte in qualunque Paese, con la sola esclusione del Paese di residenza dell'Assicurato e, comunque, della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

- **Rimborso spese mediche in caso di Ricovero**

Tale garanzia opera, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza, per un massimo di 500 giorni consecutivi di Ricovero o convalescenza, in conseguenza di un Infortunio o di una Malattia Improvvisa; la Struttura Organizzativa anticiperà e sosterrà i costi derivanti dal Ricovero e anche i costi di consulenza medica, i costi farmaceutici e quelli derivanti da esami radiologici e medici, al netto della deduzione dei costi a carico del servizio sanitario nazionale e di quanto indennizzato da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato. Tutte le spese devono essere decise esclusivamente da un medico abilitato alla professione e in possesso dei titoli accademici necessari nel Paese in cui opera.

Per potersi avvalere dell'anticipo dei costi/presa in carico diretta, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa prima di prendere qualsiasi iniziativa.

- **Rimborso spese mediche senza Ricovero**

Le spese mediche anticipate dall'Assicurato e sostenute entro 365 giorni dalla data dell'Infortunio o della Malattia improvvisa saranno rimborsate all'Assicurato stesso al momento del ricevimento, da parte dell'Assicuratore, di tutta la documentazione giustificativa richiesta. Le suddette spese mediche sostenute direttamente dall'Assicurato verranno rimborsate esclusivamente se preventivamente approvate, autorizzate e coordinate dalla Struttura Organizzativa.

La Struttura Organizzativa non anticipa e non sostiene i costi di Ricovero, di consulenza medica, i costi farmaceutici e quelli derivanti da esami radiologici e medici. Tali costi non sono rimborsabili all'Assicurato a meno che lo stesso non abbia avvisato, o abbia fatto avvisare, la Struttura Organizzativa prima di qualunque intervento medico.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare la Struttura Organizzativa, anche per il tramite di terze persone, l'Assicurato dovrà fornire prova di tale circostanza.

In ogni caso, l'Assicurato si impegna a sottoporre la propria richiesta di rimborso al servizio sanitario nazionale e alle compagnie eroganti le coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato nonché a rimborsare all'Assicuratore le eventuali somme che dovesse ricevere. Il costo del trattamento dentale, risultante da un Infortunio, sarà limitato per dente e per Sinistro all'importo indicato nella Scheda di Polizza.

I costi per protesi oculari e ausili uditivi derivanti da un Infortunio saranno limitati per singola protesi all'importo indicato nella Scheda di Polizza.

18.2 – Spese mediche in Italia

La garanzia è prestata in eccesso a quanto a carico del servizio sanitario nazionale o indennizzato da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato.

Tutte le spese di cui al precedente articolo potranno essere estese anche in Italia, a condizione che siano sostenute entro 90 giorni dalla data in cui l'Assicurato sarà rientrato in Italia e che risultino conseguenza di un Infortunio o Malattia improvvisa per il quale si sia reso necessario il Ricovero ospedaliero o un day hospital o l'accesso al Pronto Soccorso durante la Trasferta Professionale.

Si precisa che, per tali spese, la somma massima rimborsabile è indicata nella Scheda di Polizza e l'Assicuratore rimborserà esclusivamente le spese per cure mediche prescritte da medici autorizzati e legalmente riconosciuti in Italia.

La presente garanzia opera esclusivamente come integrazione di quanto rimborsato dal servizio sanitario nazionale e di quanto indennizzato da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato.

In relazione alle "Spese mediche al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato" e alle "Spese mediche in Italia" non sono oggetto di rimborso i seguenti costi:

- protesi funzionale e/o conseguente in seguito a Malattia;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio o Malattia Improvvisa;
- trattamenti dentali, che non siano dovuti da Infortunio, o non costituisca emergenza medica grave con necessità di trattamento urgente, secondo il parere dei medici della Struttura Organizzativa;
- trattamenti agli occhi, che non siano dovuti da Infortunio;
- cura presso una SPA e costi di soggiorno in una casa di cura;
- malattie trasmesse sessualmente, AIDS, infezioni da HIV, e infezioni connesse all'AIDS;
- costi per la riabilitazione;
- costi sostenuti durante un viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, comunque, intrapreso con patologie in fase acuta o patologie non stabilizzate o con lo scopo di sottoporsi a trattamenti medico chirurgici;
- costi sostenuti nel caso in cui l'Assicurato non soffra di alcuna patologia medica grave, alcuna Malattia Improvvisa, o se il trattamento può ragionevolmente essere differito fino al rientro alla residenza dell'Assicurato;
- costi legati al parto o alla gravidanza (ad eccezione del caso in cui insorgano complicazioni che mettessero a rischio la vita della mamma e/o del nascituro);
- costi legati a un trattamento prescritto nel Paese di residenza dell'Assicurato prima della sua partenza in Trasferta Professionale o Missione.

18.3 - Rimborso costi di Assistenza psicologica

In caso di Morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, o in caso di lesioni personali conseguenti a un Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle consulenze di uno psicologo, fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza per evento.

Detto rimborso verrà erogato all'Assicurato o, in caso di decesso dello stesso, ai Beneficiario o agli Aveni diritto.

18.4 - Danno estetico permanente

Qualora l'Assicurato subisse conseguenze di carattere estetico a seguito di Infortunio definito a termini di Polizza che tuttavia non comportasse Indennizzo a titolo di Invalidità Permanente, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato stesso un importo fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza per evento per le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il Danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

La garanzia è prestata con una Franchigia fissa di 100,00 euro per evento, importo che rimarrà quindi a carico dell'Assicurato.

Sono esclusi i Danni estetici permanenti causati da un Infortunio avvenuto precedentemente la sottoscrizione della Polizza.

18.5 - Spese per ricerca e soccorso

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, fosse necessario attivare una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborserà le spese di ricerca e soccorso, anticipate dalle autorità locali ed a carico dell'Assicurato stesso, entro il Massimale per Assicurato e per evento indicato nella Scheda di Polizza.

L'Assicuratore erogherà inoltre l'ulteriore Indennizzo indicato nella Scheda di Polizza in caso di morte o Invalidità Permanente avvenuta al soccorritore o ad altro soggetto non dipendente del Contraente, quale conseguenza del soccorso prestato all'Assicurato.

La prestazione non verrà applicata alle spese di ricerca e soccorso derivante dalla mancata osservazione delle misure di sicurezza stabilite dalle normative che regolamentano l'attività svolta dall'Assicurato.

18.6 - Diaria da Ricovero da Infortunio

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato venisse ricoverato per un periodo ininterrotto di oltre 7 giorni, l'Assicuratore pagherà all'Assicurato la diaria giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni Giorno di Ricovero fino ad un massimo di 365 giorni consecutivi.

Rimangono esclusi dalla presente garanzia i Ricoveri dovuti a:

- ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici;
- cure dimagranti, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti;
- soggiorni in case di cura e convalescenziari;
- soggiorni in strutture psichiatriche;
- Infortunio avvenuto precedentemente la sottoscrizione della Polizza.

Sono inoltre esclusi i Ricoveri conseguenti a malattie improvvise quando queste siano riconducibili a patologie preesistenti non stabilizzate patologicamente.

Articolo 19) Informazioni

A. Prestazioni Sempre Operanti

19.1 - Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente pari o superiore al 33%, la Struttura Organizzativa fornirà un servizio di consulenza specialistica per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana. Tale supporto comprende:

- informazioni sulle organizzazioni di assistenza sociale e il godimento dei propri diritti;
- informazioni sul rimborso delle spese mediche e di ospedalizzazione;
- informazioni sulle Indennità giornaliere e le misure da adottare con il datore di lavoro;
- informazioni sulle rendite e pensioni di disabilità;
- informazioni sugli uffici per gli assegni familiari e i servizi sociali;
- informazioni sulla guida per i disabili;
- informazioni sui numeri di telefono utili in Italia;
- informazioni sugli indirizzi di varie associazioni;
- informazioni sull'adattamento della casa al tipo di handicap e / o disabilità dell'Assicurato;
- informazioni sulla consulenza in materia di attrezzature e / o protesi mediche;
- informazioni su come entrare in contatto con terapisti occupazionali;
- informazioni su come entrare in contatto con professionisti immobiliari specializzati nella conversione edilizia;
- informazioni sulle questioni di benessere sociale.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

19.2 - Informazioni urgenti relative al viaggio

I servizi e le prestazioni contenute nel presente articolo sono validi durante una Trasferta Professionale all'Estero, escludendo quindi l'attivazione di dette prestazioni nel Paese di residenza dell'Assicurato.

1) Servizi informativi per l'ottenimento di visti

La Struttura Organizzativa assisterà l'Assicurato che faccia tale richiesta, fornendo le informazioni riguardanti i requisiti per l'ottenimento di un visto per i Paesi esteri.

2) Servizi informativi sulle vaccinazioni

La Struttura Organizzativa assisterà l'Assicurato che effettui tale richiesta, fornendo le informazioni riguardanti i requisiti in materia di vaccinazioni per i Paesi esteri.

3) Servizi informativi dedicati

La Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato un servizio di informazioni a lui riservate; l'Assicurato potrà usufruire di un database medico e sanitario contenente informazioni dettagliate sulle condizioni igienico sanitarie e sulle strutture ospedaliere di oltre 180 Paesi. Le informazioni disponibili comprendono:

- misure preventive di viaggio su malattie, vaccini, igiene;
- metodologie di accesso alla medicina generale e alla cura ambulatoriale, Ricovero e servizi di emergenza;
- qualità e standard dell'Assistenza sanitaria;
- strutture sanitarie e medici accreditati dalla Struttura Organizzativa;
- informazioni di natura culturale e politica: festività, ambasciate e visti;
- situazioni di rischio, contesti temibili in termini di sicurezza e precauzioni da adottare;
- capitale, popolazione, valute, gruppi etnici, religioni, lingue;
- clima e fusi orari;
- abitudini culturali, specialmente nel campo degli affari;
- altre informazioni pratiche.

4) Cancellazione e rinvio degli appuntamenti

In caso di Infortunio o Malattia Improvvisa che obblighino l'Assicurato a ritardare o disdire impegni o appuntamenti professionali, la Struttura Organizzativa provvederà per suo conto:

- ad avvisare le persone coinvolte;
- a contattare le persone coinvolte per annullare o rinviare il sopra indicato appuntamento, in seguito a giustificata richiesta da parte dell'Assicurato o della Contraente.

La Contraente deve rendere disponibili eventuali scambi di corrispondenza che provino che gli appuntamenti in questione erano stati definiti.

5) Documenti di viaggio

In caso di furto, perdita o danneggiamento durante la Trasferta Professionale di uno o più dei seguenti documenti:

- documenti di identità;
- visto per l'ingresso in un Paese;
- titoli di viaggio;
- altri documenti indispensabili per il proseguimento della Trasferta Professionale dell'Assicurato

la Struttura Organizzativa fornirà informazioni su cosa fare in caso di perdita di detti documenti ed organizzerà, in accordo con l'Assicurato, l'eventuale modifica del viaggio necessaria per la sostituzione degli stessi. In ogni caso la Struttura Organizzativa collaborerà con l'Assicurato per l'ottenimento di documenti sostitutivi, mentre eventuali costi di rifacimento e di spedizione rimarranno a carico del Contraente.

6) Ricerca di fornitori locali di servizi

In caso di mancata fornitura di servizi (guida, interprete, autista, ecc.), prenotati e confermati dal Contraente prima della partenza dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a contattare i fornitori locali di servizi alternativi e, nella misura in cui questi esistano e siano disponibili, trasmetterà i loro contatti all'Assicurato.

Il Contraente deve rendere disponibili eventuali scambi di corrispondenza che forniscano prova che i servizi in questione fossero stati confermati e/o prenotati.

7) Invio di messaggi

Qualora l'Assicurato che si trovi in stato di necessità fosse impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti ai propri familiari diretti, la Struttura Organizzativa provvederà per suo conto all'inoltro delle comunicazioni alla famiglia o a persone da lui stesse indicate.

Articolo 20) Assistenza

A. Prestazioni Sempre Operanti

20.1 - Assistenza al rimpatrio e spese mediche di emergenza

Ove non espressamente limitati, i servizi di cui al presente articolo si intendono operanti sia all'Estero che nel Paese di residenza dell'Assicurato.

a) Assistenza all'Assicurato

1) Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessitasse di una consulenza medica a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è fornito 24 ore su 24, 7 gg la settimana.

Rimane inteso che la Struttura Organizzativa non si sostituirà al servizio di guardia medica né al servizio nazionale del Paese in cui l'Assicurato si trovasse, per la gestione delle urgenze.

2) Trasporto medico d'urgenza

La Struttura Organizzativa si riserva il diritto esclusivo di decidere se le condizioni mediche dell'Assicurato siano gravi al punto da richiedere un trasporto medico di emergenza. Su consiglio dei propri esperti medici, la Struttura Organizzativa organizzerà e sosterrà il costo del trasporto dell'Assicurato al più vicino centro medico o istituto ospedaliero in cui siano disponibili i trattamenti medici adeguati, che non necessariamente saranno localizzati nel Paese di residenza dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa si riserva altresì il diritto di decidere il luogo in cui trasportare l'Assicurato, nonché i mezzi o il metodo per farlo. Tale trasporto medico di emergenza sarà fornito da un servizio di elisoccorso, da un vettore aereo di linea, in treno, nave o ambulanza. Nel caso in cui l'Assicurato venisse trasportato al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa si riserva il diritto di usare i biglietti di viaggio già a disposizione dell'Assicurato per il proprio ritorno. Successivamente al trasporto medico di emergenza, nel caso in cui le condizioni dell'Assicurato lo permettessero, l'Assicurato sarà rimpatriato nel proprio Paese di residenza su un aereo di linea, in treno, nave o ambulanza.

Gli esperti medici della Centrale Operativa saranno i soli autorizzati a decidere sul rimpatrio, sulla scelta dei mezzi di trasporto e sul luogo di Ricovero; tutte le prenotazioni saranno effettuate dalla Struttura Organizzativa.

3) Invio di farmaci essenziali non reperibili localmente

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, le specialità medicinali regolarmente registrate in Italia e prescritte dal medico curante fossero introvabili nel Paese della Trasferta Professionale e, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, quelle reperibili in loco non fossero equivalenti, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare i medicinali, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che ne regolano il trasporto. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi relativi all'invio dei medicinali. Restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali stessi. Per la presente prestazione, l'Assicurato dovrà specificare con precisione: nome del medicinale, modalità di somministrazione (se pillole, fiale, etc.) ed eventualmente la casa farmaceutica. **Tale prestazione non potrà in alcun caso essere concessa in relazione a un trattamento a lungo termine che richieda consegne regolari suddivise sull'intera durata della Trasferta Professionale.**

4) Monitoraggio del Ricovero ospedaliero

Qualora l'Assicurato che fosse ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa ne facesse richiesta ed autorizzasse il reparto di degenza, in conformità alla normativa vigente in tema di privacy, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti nel posto del Ricovero allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando altresì i familiari dell'evoluzione della stessa.

5) Costi per il prolungamento del soggiorno dell'Assicurato

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato non richieda un Ricovero immediato e nel caso in cui la Struttura Organizzativa non riuscisse a portare a compimento il rimpatrio, nel caso di Trasferta Professionale terminata, la Struttura Organizzativa organizzerà e sosterrà i costi del prolungamento del soggiorno fino al momento del rimpatrio, entro il limite massimo per giorno e complessivo indicato nella Scheda di Polizza. **I costi sostenibili saranno esclusivamente quelli alberghieri e per i pasti.**

6) Trasporto/rimpatrio delle spoglie

In caso di morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il trasporto del corpo dell'Assicurato presso il proprio domicilio. Il costo del feretro o dell'urna cineraria è coperto entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

Tale servizio è valido anche nel caso di trasporto delle spoglie che siano state temporaneamente tumulate secondo quanto previsto dalle prassi e dai requisiti locali, al fine di essere tumulato nuovamente o cremato nel Paese di residenza dell'Assicurato.

Eventuali costi sostenuti per il funerale o la cremazione dell'Assicurato non saranno oggetto di alcun rimborso.

7) Recupero e trasporto dell'automezzo dell'Assicurato

Nel caso di Infortunio o Malattia Improvvisa **che provochino all'Assicurato un Ricovero di oltre 10 giorni e tale Ricovero non consentisse all'Assicurato di recuperare il veicolo personale o aziendale abitualmente utilizzato durante la Trasferta Professionale**, la Struttura Organizzativa organizzerà, sostenendone i costi, il recupero del veicolo.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

8) Rientro presso la residenza dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato fosse in condizione di lasciare l'istituto ospedaliero, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il rientro al proprio domicilio. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei sarà organizzato e gestito dalla Struttura Organizzativa.

9) Rientro anticipato dell'Assicurato in conseguenza del decesso o del Ricovero di un parente prossimo

Qualora l'Assicurato fosse nella condizione di dover interrompere la propria Trasferta Professionale, a causa della morte o del Ricovero di un parente prossimo, la Struttura Organizzativa sosterrà i costi di un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) di ritorno dal luogo della Trasferta Professionale dell'Assicurato fino al luogo di tumulazione o di Ricovero nel Paese di residenza dell'Assicurato.

La prestazione sarà attivabile nel caso in cui l'Assicurato fosse impossibilitato ad utilizzare i biglietti di viaggio già in suo possesso per impossibilità di cambi o modifiche.

10) Rientro anticipato dell'Assicurato in caso di Danno grave alla propria abitazione

In caso di danneggiamento dell'abitazione dell'Assicurato, il cui Danno superi il 50% e fosse essenziale la presenza dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) affinché l'Assicurato possa raggiungere la propria abitazione danneggiata. **La prestazione sarà attivabile nel caso in cui l'Assicurato fosse impossibilitato ad utilizzare i biglietti di viaggio già in suo possesso per impossibilità di cambi o modifiche.**

11) Rientro anticipato del Rappresentante Legale del Contraente in seguito al verificarsi di un evento grave nella sede del Contraente

La Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo (in classe turistica) o ferroviario (in prima classe) affinché il Rappresentante Legale possa raggiungere la sede del Contraente nel caso di:

- Danno materiale grave che procuri un Danno superiore al 50% agli edifici del Contraente o la Morte di uno stretto collaboratore del Rappresentante Legale;
- Ricovero per oltre 7 giorni consecutivi di uno stretto collaboratore del Rappresentante Legale tale da richiedere la presenza dello stesso nella sede del Contraente.

La prestazione sarà attivabile nel caso in cui il Rappresentante Legale fosse impossibilitato ad utilizzare i biglietti di viaggio già in suo possesso per impossibilità di cambi o modifiche.

12) Rientro anticipato in caso di nascita pre-termini di un Figlio dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato fosse nella condizione di dover interrompere la Trasferta Professionale a causa di parto prematuro della Coniuge/convivente a seguito di decisione del medico ostetrico e per ragioni esclusivamente e rigorosamente di carattere patologico, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) per consentire all'Assicurato il rientro al proprio domicilio. Il parto prematuro dovrà essere deciso dal medico ostetrico in virtù di gravi motivazioni mediche e dovrà avvenire prima della settimana antecedente alla data prevista per il parto. Se, al fine di salvaguardare la salute della madre o del bambino, il medico ostetrico decidesse di indurre il parto prima del rientro dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa, nella misura in cui fosse possibile trasmettere informazioni mediche nel rispetto della legge sulla riservatezza dei dati medici, si terrà in contatto costante con l'Assicurato, al fine di informarlo sull'evoluzione dello stato di salute del Coniuge/convivente e del bambino.

13) Rimpatrio dell'Assicurato in caso di Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto

Qualora l'Assicurato fosse vittima diretta di un Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto da cui derivassero lesioni fisiche o stato di shock obiettivamente constatabili, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il rimpatrio dell'Assicurato presso il suo Paese di residenza. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei sarà organizzato e gestito dalla Struttura Organizzativa.

14) Rientro dell'Assicurato nel luogo di Trasferta Professionale/Missione

Se dopo il rimpatrio dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, e nel caso in cui lo stato di salute fosse consolidato e stabilizzato, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) affinché l'Assicurato possa rientrare nel Paese della Trasferta Professionale/Missione. **Tale prestazione non è cumulabile con la prestazione "Sostituzione", laddove si tratti di conseguenze dello stesso evento.**

15) Sostituzione

Nel caso di morte da Infortunio o Malattia Improvvisa dell'Assicurato che comporti quindi l'assenza e l'impossibilità di compiere la Trasferta Professionale/Missione per più di 30 giorni, confermata da un medico autorizzato dalla Struttura Organizzativa, quest'ultima metterà a disposizione di un incaricato indicato dal Contraente un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata, per permettere al nuovo incaricato di sostituire l'Assicurato nell'incarico. **Tale prestazione non è cumulabile con la prestazione di cui all'Art. "Rientro dell'Assicurato nel luogo di Trasferta Professionale/Missione", laddove si tratti di conseguenze dello stesso evento.**

16) Assistenza legale

Qualora l'Assicurato, in caso di arresto o di minaccia di arresto per fatti colposi avvenuti all'Estero durante la Trasferta Professionale, necessitasse di Assistenza legale, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato stesso un legale nel rispetto delle regolamentazioni locali. La Struttura Organizzativa anticiperà per conto dell'Assicurato, a richiesta dello stesso, il pagamento della parcella fino all'equivalente in valuta locale dell'importo indicato nella Scheda di Polizza. Nel caso l'ammontare delle fatture superasse tale importo, la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie da parte della Contraente.

L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa a titolo di anticipo non potrà mai comunque superare la somma indicata nella Scheda di Polizza. L'Assicurato dovrà comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano alla Struttura Organizzativa di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente. Sono esclusi dalla prestazione i trasferimenti di valuta all'Estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia, in Europa o negli Stati Uniti d'America, o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.

17) Anticipo cauzione

Nel caso in cui l'Assicurato fosse nella condizione di dover fornire una cauzione a seguito di violazione non intenzionale delle leggi del Paese in cui si trova per Trasferta Professionale all'Estero, la Struttura Organizzativa anticiperà i fondi fino al Massimale indicato nella Scheda di Polizza, dietro adeguate garanzie bancarie rilasciate dal Contraente (assegno bancario emesso dalla Contraente stessa). Se questa cauzione venisse rimborsata all'Assicurato da parte delle autorità del Paese prima della fine di tale periodo, la somma dovrà essere immediatamente restituita alla Struttura Organizzativa. Se l'Assicurato, dopo la convocazione presso un Tribunale non si presentasse, la Struttura

Organizzativa chiederà il rimborso immediato della cauzione che l'Assicurato non potrà recuperare, a causa della sua mancata comparizione. In caso di mancata restituzione della cauzione entro il periodo sopra indicato, saranno possibili azioni legali.

Esclusioni specifiche nelle prestazioni di Assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa

Fermo restando le esclusioni specificate all'articolo "Esclusioni di copertura" della Sezione "Delimitazioni della copertura ed esclusioni" che segue, si intendono altresì operanti le seguenti limitazioni:

- la Struttura Organizzativa sarà responsabile entro i limiti disposti dalle Autorità Locali competenti;
- la Struttura Organizzativa non potrà, in nessuna circostanza, farsi carico dei servizi di emergenza locali né pagare i costi sostenuti;
- la Struttura Organizzativa non sarà ritenuta responsabile per mancanza o contrattempo nell'esecuzione degli obblighi derivanti da casi o eventi di forza maggiore quali rivolte, guerra civile, guerra, disordine civile, rivoluzione, sciopero, attacco o sequestro da parte delle forze dell'ordine, pirateria, dirottamento, esplosione di dispositivi, effetti nucleari o radioattivi o impedimento climatico;
- la Struttura Organizzativa non sarà responsabile nei casi in cui l'Assicurato abbia deliberatamente violato le leggi in vigore nei Paesi in cui sia transitato o in cui abbia soggiornato temporaneamente.

Saranno esclusi inoltre gli eventi accaduti come conseguenza della partecipazione dell'Assicurato, in qualità di concorrente, in competizioni sportive, scommesse, partite, concorsi, rally automobilistici o prove degli stessi, nonché le operazioni di ricerca e soccorso associate ai suddetti eventi.

Natura specifica degli interventi di Assistenza

Le prestazioni di Assistenza non sono intese come Indennizzo, ma consistono essenzialmente nell'offerta di servizi/prestazioni in natura. Di conseguenza, i servizi/prestazioni non reclamati durante la Trasferta Professionale o Missione e che non siano stati organizzati dalla Struttura Organizzativa, non daranno diritto ad alcun rimborso o compensazione.

b) Assistenza ai familiari dell'Assicurato

18) Rientro del Coniuge/convivente accompagnatore e dei Figli in caso di rimpatrio dell'Assicurato

La Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il viaggio per il Coniuge/convivente e per i Figli in caso di rimpatrio dell'Assicurato presso il proprio domicilio nel caso in cui, a causa di tale rimpatrio, non fosse più possibile utilizzare i biglietti in loro possesso per il loro ritorno. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei sarà organizzato e gestito dalla Struttura Organizzativa. La Struttura Organizzativa si riserva il diritto di utilizzare il biglietto di ritorno dell'Assicurato, qualora fosse possibile cambiarlo o modificarlo.

19) Visita all'Assicurato in ospedale

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato ricoverato da oltre 10 giorni ne impedissero il rientro presso il Paese di residenza, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, un biglietto aereo A/R (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) per un membro della famiglia al fine di recarsi nel luogo di Ricovero; la partenza potrà avvenire esclusivamente dal Paese di residenza dell'Assicurato. La Struttura Organizzativa provvederà altresì alle sistemazioni alberghiere e ne sosterrà i costi effettivamente sostenuti, dietro presentazione delle ricevute originali, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza per giorno e per evento. Si precisa che il predetto rimborso sarà valido esclusivamente per i costi della stanza d'albergo, rimanendo esclusa qualunque altra spesa collegata all'evento.

20) Biglietto/spese alberghiere per un familiare in caso di decesso dell'Assicurato

Qualora, a seguito di morte dell'Assicurato non accompagnato nel corso di una Trasferta Professionale, sopraggiungesse la necessità della presenza di un membro della famiglia per identificare il corpo o partecipare alle formalità per il rimpatrio o la cremazione, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un parente prossimo rimasto nel Paese di residenza, un biglietto aereo a/r (in classe turistica) o ferroviario a/r (in prima classe) per consentire al parente di recarsi nel luogo in cui si trova il deceduto.

La Struttura Organizzativa sosterrà inoltre i costi entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza e per un periodo massimo di 7 giorni.

21) Assistenza amministrativa

In caso di morte da Infortunio dell'Assicurato avvenuto nel corso di una Trasferta Professionale/Missione, la Struttura Organizzativa fornirà Assistenza al Coniuge/convivente e /o ai Figli a carico dell'Assicurato, nella gestione delle incombenze amministrative immediatamente successive al decesso. L'Assistenza riguarda informazioni per:

- conti bancari o generiche posizioni di risparmio;
- datore di lavoro e Ente di formazione secondaria o superiore;
- assicurazioni;
- eredità;
- servizi, abbonamenti o contratti di locazione (elettricità, gas, acqua, telefono, televisione);
- oneri fiscali.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano, e nei limiti della vigente legislazione italiana.

22) Supporto psicologico

In caso di morte da Infortunio dell'Assicurato avvenuto nel corso di una Trasferta Professionale/Missione, la Struttura Organizzativa organizzerà, sostenendone i costi, il necessario sostegno psicologico al Coniuge/convivente e/o ai Figli a carico dell'Assicurato.

Il servizio, gestito telefonicamente mediante uno degli psicologi della Struttura Organizzativa, fornirà il supporto medico-psicologico per affrontare il disagio subito a causa dell'evento luttuoso. Lo psicologo aiuterà inoltre a identificare, valutare e mobilitare le risorse personali familiari, sociali e mediche al fine di aiutarli nel superamento del momento difficile. Il contatto e le interviste saranno effettuate in totale sicurezza e in conformità con i codici deontologici della professione di psicologo/psicoterapeuta. **La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico fino ad un massimo di 2 interviste telefoniche.** Qualora la situazione richiedesse un periodo di follow-up più lungo da parte di un medico generico, lo psicologo indirizzerà i pazienti al proprio medico curante.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

23) Invio di un medico nel caso in cui il Figlio dell'Assicurato, rimasto a casa, si ammali o sia vittima di un Infortunio

In caso di Infortunio o Malattia Improvvisa di un Figlio dell'Assicurato, mentre quest'ultimo fosse in Trasferta Professionale all'Estero, la Struttura Organizzativa predisporrà e sosterrà i costi dell'invio di un medico per visitare il bambino. Qualora lo stato di salute del bambino dovesse richiederlo, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il trasporto del bambino stesso in ambulanza da casa fino all'istituto ospedaliero più adeguato per il trattamento prescritto.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

24) Assistenza di Figli minori di 14 anni

Qualora l'Assicurato fosse ricoverato durante una Trasferta Professionale e il Coniuge/convivente dovesse raggiungerlo per assisterlo, ma si trovasse nell'impossibilità di lasciare i Figli soli o di affidarli ad un parente o amico dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi:

- l'Assistenza ai minori di 14 anni prestata presso il domicilio dell'Assicurato, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza; oppure, in alternativa
- l'acquisto di un biglietto aereo (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) che permetta ad una persona residente in Italia, scelta dall'Assicurato, di recarsi alla residenza dell'Assicurato dove si trovano i Figli minori di 14 anni, per prendersene cura.

L'Assicurato avrà facoltà di scegliere tra le due opzioni di cui sopra le quali -si precisa- non sono cumulabili tra loro.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

Articolo 21) Crisis Management

A. Prestazioni Sempre Operanti

21.1 - Permanenza forzata a causa di un disastro naturale o di un'epidemia

Qualora l'Assicurato non fosse in grado di lasciare il Paese sede della Trasferta Professionale, a causa di un ordine emanato dalle autorità competenti a seguito di un'epidemia o di un disastro naturale, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato le spese sostenute, dietro presentazione della certificazione delle stesse, entro il Massimale previsto nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di permanenza forzata e per ciascun evento. Nel caso in cui, per il medesimo evento, fossero coinvolti più Assicurati durante la stessa Trasferta Professionale, l'importo totale rimborsato dall'Assicuratore non potrà comunque essere superiore a quanto indicato nella Scheda di Polizza, a prescindere dalla durata della permanenza forzata.

21.2 - Rimborso dello stipendio dell'Assicurato in caso di rapimento o sequestro

Qualora l'Assicurato rimanesse vittima, nel corso di una Trasferta Professionale all'Estero, di rapimento o sequestro, l'Assicuratore erogherà al Contraente una somma pari al pro-rata dello stipendio annuale (anno solare) dell'Assicurato, comprensivo dei contributi previdenziali, fino alla somma massima indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di detenzione illegale dell'Assicurato. L'importo erogato verrà calcolato in pro-rata per il solo periodo di detenzione illegale dell'Assicurato, ed il rimborso riguarderà gli stipendi erogati a partire dal 91° giorno successivo alla data di detenzione illegale, fino ad un massimo indennizzabile di tre anni consecutivi.

Il Contraente si impegna a:

- portare a conoscenza dell'Assicuratore tutte le informazioni che gli permetteranno di valutare l'evento e stimare la somma da erogare;
- dichiarare il verificarsi dell'evento alle autorità locali e fornire all'Assicuratore le prove a sostegno di tale dichiarazione.

21.3 - Indebito arricchimento

La presente Polizza non potrà essere fonte di arricchimento per il Contraente e/o per gli Assicurati.

Gli Indennizzi erogati dall'Assicuratore potranno compensare esclusivamente l'importo delle effettive perdite, del tutto o in parte.

21.4 - Evacuazione politica e disastro naturale

La Struttura Organizzativa sosterrà i costi di un biglietto aereo (in classe economica) o ferroviario (in prima classe) per il ritorno nel Paese di residenza o in un ulteriore Paese sicuro più vicino nel caso in cui l'Assicurato, durante una Trasferta Professionale, fosse nella condizione di dover lasciare il Paese della Trasferta Professionale a seguito di:

- una raccomandazione delle autorità locali o di quelle del Paese di residenza;
- l'espulsione dell'Assicurato divenuto "persona non gradita";
- uno stato di emergenza che richieda l'immediata evacuazione a causa di eventi che rendessero instabile il regime politico o a seguito di catastrofi naturali (quali ad esempio, terremoto o alluvione);
- la confisca, l'esproprio o l'occupazione di proprietà, fabbrica o impianto oggetto della Trasferta Professionale.

Tale servizio non potrà essere richiesto:

- in caso di violazione da parte del Contraente o dell'Assicurato di leggi o regolamenti del Paese in cui si verifichi l'evento assicurato;
- per alloggio o spese di evacuazione sostenute più di 30 giorni prima o dopo l'evento assicurato.

Nel caso in cui la Struttura Organizzativa non fosse in grado di organizzare il ritorno nel Paese di residenza dell'Assicurato, l'Assicurato potrà richiedere all'Assicuratore il rimborso del costo di vitto ed alloggio, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza indipendentemente dal numero di Assicurati coinvolti nel Sinistro.

Esclusioni di carattere generale:

Le prestazioni di cui alla presente sezione potranno essere fornite esclusivamente al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato. In ogni caso, esse non potranno essere fornite nei seguenti casi:

- rapimenti o sequestri con la partecipazione o il consenso del Dipendente Assicurato, della sua famiglia o del Contraente;
- durata temporanea della Polizza.

Articolo 22) Tutela Beni Personali e Aziendali

A. Prestazioni Sempre Operanti

22.1 - Perdita, furto e danneggiamento

L'Assicuratore provvederà ad indennizzare l'Assicurato in caso di:

- furto subito tramite effrazione, rapina o estorsione;
- perdita o danneggiamento, totale o parziale.

Il rimborso dell'Indennizzo avverrà solo nei seguenti casi:

- in caso di furto solo se sia stata presentata regolare denuncia alle autorità locali; in tal caso l'Assicurato dovrà trasmettere all'Assicuratore l'originale della denuncia presentata;
- in caso di furto di oggetti personali o di proprietà lasciati nel bagagliaio di un veicolo, solo se gli stessi non siano visibili e il furto avvenga tra le ore 7:00 e le ore 22:00;
- se la perdita o il danneggiamento avvengono mentre gli effetti personali risultano affidati alla responsabilità di un vettore precedentemente prenotato, l'Assicurato dovrà sporgere reclamo al vettore, nel periodo e secondo le modalità previste dalle norme, e dovrà produrre prove di ciò all'Assicuratore;
- nei casi in cui la perdita o il danneggiamento siano la conseguenza di un evento catastrofico quale incendio, inondazione, smottamento o Atto di Terrorismo.

22.2 - Limite di Indennizzo

Nel caso di perdita, furto o danneggiamento di effetti personali dell'Assicurato, ciascuno del valore inferiore a 500 Euro, l'Assicuratore rimborserà l'Assicurato, ferme le esclusioni, un Indennizzo complessivo entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

Fermo detto Massimale, gli oggetti il cui valore sia superiore a 500 euro sono ritenuti preziosi e saranno pertanto indennizzati entro il sotto-limite pari al 30% di quanto complessivamente indennizzato per i beni non preziosi ovvero beni il cui valore sia inferiore a 500 euro.

Nel caso di attrezzature IT di proprietà dell'Assicurato o della Contraente, l'Assicuratore erogherà all'avente diritto un Indennizzo complessivo entro il Massimale specifico indicato nella Scheda di Polizza.

22.3 - Costi non rimborsabili

a) Effetti personali

Non saranno oggetto di rimborso:

- dentiere, protesi, occhiali e lenti a contatto;

- contanti, documenti personali, documenti commerciali, documenti amministrativi, travellers 'cheque, carte di credito, biglietti aerei, biglietti di viaggio e voucher;
- perdite o Danni causati dalla normale usura, ammortamenti e difetti intrinseci degli effetti personali. Danni causati da tarne, parassiti o metodi di pulizia, usura, condizioni atmosferiche o climatiche o deterioramento graduale, riparazione o ripristino, nonché manipolazione incauta degli oggetti da parte dell'Assicurato;
- Danni derivanti dalla confisca, sequestro o distruzione per ordine di un'autorità amministrativa;
- effetti personali e beni lasciati in un veicolo parcheggiato tra le ore 22.00 e le 07.00;
- oggetti di valore, gioielli e pellicce lasciate in un veicolo parcheggiato, a prescindere dall'ora;
- oggetti di valore, gioielli e pellicce affidati a vettori;
- chiavi e altri oggetti simili (ad esempio, carte magnetiche o badge);
- attrezzature professionali o effetti personali lasciati incustoditi dall'Assicurato;
- telefoni cellulari, audiovisivi, telecamere, video o hi-fi affidati ai vettori.

b) Attrezzature IT

Non saranno oggetto di rimborso:

- i costi di ripristino dei media;
- i costi maggiorati della manodopera;
- perdite o Danni coperti dalla garanzia del costruttore;
- computer portatili e relativi accessori quando vengono lasciati in un bagaglio affidato a un vettore o quando vengono trasportati nel vano bagagli, nonché lasciati in un veicolo parcheggiato, a prescindere dall'ora.

c) Cumulo di assicurazioni e/o altri Indennizzi

Sono esclusi i costi che possono essere indennizzati da un'altra Polizza di assicurazione, o quelli soggetti a risarcimenti e/o Indennizzi concessi all'Assicurato o alla Contraente dal vettore o da terzi responsabili per danneggiamento, furto o perdita.

22.4 - Calcolo dell'Indennizzo

a) Per oggetti di valore pari o superiore a 500 euro

L'Indennizzo sarà calcolato sulla base del valore di sostituzione alla data di danneggiamento, furto o perdita, con un limite massimo pari al 30% di quanto complessivamente indennizzato per i beni del valore inferiore a 500 euro. La stima di detto valore dovrà essere effettuata da esperti preposti a tali valutazioni.

b) Per attrezzature IT

L'Indennizzo sarà calcolato applicando la seguente svalutazione del bene:

- 10% per ciascun anno, per i primi 5 anni dall'acquisto;
- 20% per ciascun anno, per gli anni successivi al quinto.

Inoltre, in caso di danneggiamento parziale, sulla base dei costi di riparazione necessari valutati secondo l'opinione di un esperto, verrà applicato il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

In caso di perdita totale, sulla base dei costi di sostituzione con nuova attrezzatura alla data della perdita, valutati secondo l'opinione di un esperto, verrà applicato il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

In tutti i casi, comunque, l'Assicurato sarà tenuto a fornire all'Assicuratore le fatture sostenute (sia iniziale che di sostituzione) per l'acquisto dell'attrezzatura.

22.5 - Perdita, furto o distruzione di campioni

Nel caso in cui, a seguito di perdita, furto o distruzione dei campioni, materiale di dimostrazione o prototipi di prodotti necessari allo svolgimento della Trasferta Professionale/Missione, l'Assicurato dovesse interrompere la Trasferta Professionale/Missione, l'Assicuratore rimborserà le spese di viaggio e alloggio, sulla base dei documenti giustificativi da produrre, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

La presente garanzia non avrà effetto nei casi di:

- cancellazione della Trasferta Professionale/Missione a causa della perdita, del furto o della distruzione di campioni, materiale dimostrativo o prototipi, prima della data di partenza per la Trasferta Professionale/Missione;
- furto da qualsiasi veicolo di detti campioni;
- confisca, sequestro o distruzione degli stessi campioni, per ordine di un'autorità amministrativa.

22.6 - Perdita, furto di carte bancarie e documenti di identità

a) Carte bancarie

In caso di utilizzo fraudolento da parte di terzi della carta bancaria dell'Assicurato, avvenuto tra il momento dello smarrimento o furto ed il momento di blocco da parte della banca, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato le perdite finanziarie subite a causa di tale utilizzo fraudolento. Nel caso di utilizzo di carta bancaria con addebiti a carico della Contraente, il rimborso avverrà a favore di quest'ultima.

La prestazione è valida nel corso della Trasferta Professionale/Missione e l'Indennizzo massimo erogabile dall'Assicuratore non potrà essere superiore a quanto indicato nella Scheda di Polizza.

b) Chiavi o documenti di identità

In caso di smarrimento o furto di chiavi e/o documenti di identità dell'Assicurato durante una Trasferta Professionale/Missione, l'Assicuratore sosterrà i costi per la sostituzione delle serrature/chiavi o dei documenti di identità dell'Assicurato. L'Indennizzo massimo erogabile dall'Assicuratore non potrà essere superiore a quanto indicato nella Scheda di Polizza.

22.7 - Uso fraudolento di carta SIM da parte di terzi

Se durante una Trasferta Professionale/Missione l'Assicurato subisse il furto del telefono cellulare, l'Assicuratore rimborserà gli eventuali costi delle comunicazioni effettuate in modo fraudolento da parte di terzi, intercorse tra il momento del furto e la richiesta di blocco della SIM all'operatore mobile.

22.8 - Effetti personali e furto di contante in seguito ad Aggressione

a) Effetti personali

Se durante una Trasferta Professionale/Missione l'Assicurato, a seguito di Aggressione, Atto di Terrorismo, Sabotaggio o incidente stradale, subisse Danni materiali ai propri vestiti ed accessori (ivi inclusi orologi da polso, gioielli, pelletteria) indossati, l'Assicuratore rimborserà l'Assicurato affinché lo stesso possa sostituire i propri vestiti/accessori danneggiati.

L'Indennizzo massimo erogabile dall'Assicuratore, dietro presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità, non potrà essere superiore a quanto previsto nella Scheda di Polizza.

Il rimborso per i Danni agli effetti personali non avrà luogo:

- per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Atto di Terrorismo, Sabotaggio o Incidente stradale;
- per documenti di identità e documenti ufficiali;
- per dentiere, protesi, occhiali e lenti a contatto;
- per telefoni cellulari;
- per audiovisivi, telecamere, video o attrezzature hi -fi.

b) Rimborso di contante

Se durante una Trasferta Professionale/Missione l'Assicurato, a seguito di Aggressione durante la quale fosse costretto ad effettuare un prelievo/anticipo di contanti presso sportelli bancari e bancomat, dovesse subire il furto di detti contanti, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato la medesima somma sottrattagli, fino al massimo previsto nella Scheda di Polizza. Nel caso di utilizzo di carta bancaria con addebiti a carico della Contraente, il rimborso avverrà a favore di quest'ultima.

Articolo 23) Inconvenienti in Viaggio

A. Prestazioni Sempre Operanti

Le garanzie riportate nella presente sezione sono operanti a condizione che:

- il viaggio sia effettuato a bordo di un aeromobile in volo di linea operato da vettore aereo;
- il vettore aereo sia in possesso di certificati, licenze e permessi necessari al trasporto aereo di linea, emessi dalle autorità competenti nel Paese in cui l'aeromobile è registrato;
- nel rispetto di tali autorizzazioni, il vettore renda pubbliche rotte e tariffe per i passeggeri per il trasporto tra gli aeroporti individuati secondo orari regolari;
- gli orari di partenza, i trasferimenti e le destinazioni saranno indicati sul biglietto.

23.1 - Limite di Indennizzo

Il limite di Indennizzo riportato negli articoli seguenti della presente sezione costituirà il massimo rimborsabile dall'Assicuratore nel caso di evento collettivo, che coinvolga l'Assicurato ed il Coniuge/convivente e i Figli a carico dell'Assicurato che accompagnino lo stesso durante la Trasferta Professionale/Missione. L'Assicuratore rimborserà le spese solo ed esclusivamente dietro presentazione di documenti giustificativi originali.

23.2 - Ritardo o cancellazione del volo, non ammissione a bordo

L'Assicuratore rimborserà all'Assicurato un importo entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza per tutti i costi sostenuti per pasti, bevande e/o trasferimento da e verso l'aeroporto/terminal nel caso in cui, in qualunque momento in Trasferta Professionale/Missione, si verifichi una delle seguenti condizioni:

- il volo dell'Assicurato, programmato e confermato, subisca un ritardo di 4 ore o più rispetto all'orario inizialmente stabilito per la partenza;
- il volo dell'Assicurato, programmato e confermato, venga cancellato;
- l'Assicurato non sia ammesso a bordo per carenza di posti (overbooking) e non sia disponibile alcun mezzo di trasporto alternativo entro le successive 6 ore.

Il Rimborso qui previsto non avrà luogo nei casi in cui:

- l'Assicurato non abbia precedentemente confermato il volo, a meno che non sia stato impossibilitato a farlo a causa di uno sciopero o in caso di forza maggiore;
- il ritardo sia causato da uno sciopero o da un rischio di guerra civile o guerra, di cui l'Assicurato era a conoscenza prima della partenza;
- l'aviazione civile, le autorità aeroportuali o un'autorità simile di qualunque Paese abbiano disposto il ritiro temporaneo o definitivo di un aeromobile.

23.3 - Mancato trasferimento

Nel caso in cui l'Assicurato, in Trasferta Professionale/Missione, perdesse la partenza di un volo di collegamento di linea confermato, a seguito del ritardo del precedente volo di linea sul quale era in viaggio, e nel caso in cui non gli venisse messo a disposizione alcun mezzo di trasporto in sostituzione entro il successivo periodo di 6 ore dall'arrivo nel luogo di trasferimento, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato i costi alberghieri o di ristorazione entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza. Si specifica che le Prestazioni previste dagli articoli "Ritardo o cancellazione del volo, non ammissione a bordo" e "Mancato trasferimento" sono cumulabili tra di loro.

23.4 - Ritardo di arrivo degli effetti personali

Nel caso di Trasferta Professionale in cui gli effetti personali dell'Assicurato, consegnati e collocati sotto la responsabilità della compagnia aerea, non venissero consegnati entro le successive 24 ore dall'arrivo a destinazione del volo di linea, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato i costi sostenuti per gli acquisti di emergenza essenziali e di prima necessità, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

Si specifica che questa prestazione non si applica per i viaggi di rientro nel Paese di residenza dell'Assicurato.

23.5 - Dirottamento dei mezzi di trasporto

Nel caso in cui, durante la Trasferta Professionale/Missione, i mezzi di trasporto utilizzati dall'Assicurato venissero dirottati rispetto alla destinazione inizialmente prevista a causa di dirottamento o terrorismo e, se come conseguenza di questo evento l'Assicurato dovesse attendere la disponibilità di altri mezzi di trasporto alternativi, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato i costi sostenuti per qualsiasi albergo, ristorante o costo di trasporto, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

23.6 - Cancellazione o modifica di una Trasferta Professionale/Missione

A partire dalla data in cui si è verificato uno degli eventi tra quelli sopra elencati l'Assicuratore rimborserà i costi sostenuti dal Contraente e fatturati dall'agenzia di viaggio, sostenuti secondo le condizioni di vendita particolari, meno le tasse aeree, i premi assicurativi e le spese richieste, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza, nel caso in cui la Contraente fosse obbligata a cancellare o modificare la Trasferta Professionale/Missione di uno dei propri Dipendenti, entro i 30 giorni antecedenti la data di partenza, a causa di:

- morte o Ricovero dell'Assicurato, che ne impediscono la partenza per la Trasferta Professionale/Missione;
- morte o Ricovero di un collega di lavoro dello stesso reparto, che costringano l'Assicurato a rimanere nelle sedi della Contraente al fine di ridurre l'impatto di tale assenza;
- quarantena sanitaria obbligatoria imposta all'assicurato che deve intraprendere il viaggio;
- morte o Ricovero di un parente stretto dell'Assicurato;
- mandato di comparizione in Tribunale a carico dell'Assicurato;
- furto di documenti di identità dell'Assicurato, indispensabili per la sua Trasferta Professionale/Missione, avvenuto nelle 48 ore precedenti la sua partenza;
- Danni gravi che rendano la casa dell'Assicurato inabitabile.

Tale garanzia opera a secondo rischio rispetto ad altre eventuali coperture assicurative già operanti per il medesimo rischio.

Esclusioni

Il rimborso di cui al presente articolo non è dovuto in caso di:

- uno sciopero o blocco della navigazione aerea/ferroviaria;

- un guasto o problema tecnico che riguardi il velivolo e che ne impedisca il decollo;
- un ritardo o cancellazione di altri mezzi di trasporto previsti per raggiungere l'aeroporto;
- la mancata presentazione, per qualsivoglia ragione, di un documento necessario per salire sul volo prenotato;
- una decisione del vettore o dell'agente di viaggio.

Inoltre, saranno sempre esclusi i costi che potranno essere indennizzati da altra polizza di assicurazione, o quelli soggetti a Indennizzo concesso all'Assicurato o alla Contraente.

23.7 - Anticipo di denaro

Nel caso in cui l'Assicurato, durante la Trasferta Professionale, subisse la perdita o il furto di mezzi di pagamento (carte di credito/debito, voucher di pagamento, assegni di viaggio, ecc.) oltre ai documenti d'identità e/o biglietti di viaggio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un anticipo di Denaro, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza, dietro adeguate garanzie bancarie rilasciate dal Contraente (assegno bancario emesso dalla Contraente stessa). L'Assicurato dovrà comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano alla Struttura Organizzativa di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente. Sono esclusi dalla prestazione i trasferimenti di valuta all'Estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia, in Europa o negli Stati Uniti d'America, o nel Paese in cui si trova l'Assicurato.

23.8 - Rimborso Franchigia per Sinistri al veicolo noleggiato

Qualora, a seguito di furto, collisione o Danni al veicolo noleggiato per la Trasferta Professionale/Missione, l'Assicurato sia tenuto al pagamento di Scoperti o Franchigie lasciati a suo carico dalla Polizza di assicurazione della società di noleggio, l'Assicuratore indennizzerà l'Assicurato entro il Massimale per evento e per anno indicato nella Scheda di Polizza a copertura di tale Scoperto/Franchigia.

Nel caso di utilizzo di carta bancaria con addebiti a carico della Contraente, il rimborso avverrà a favore di quest'ultima.

La presente garanzia opera a secondo rischio.

Per veicolo noleggiato s'intende qualsiasi veicolo preso in carico, con regolare contratto di locazione, nel corso di trasferte o viaggi di lavoro con esclusione dell'Italia o della Nazione di residenza e con una durata massima di 30 giorni.

La copertura è valida a condizione che l'Assicurato conduca il veicolo in modo conforme alle clausole del Contratto stipulato con l'azienda Contraente e con l'azienda di noleggio.

La denuncia per "Rimborso Franchigia per Sinistri al veicolo noleggiato" deve essere corredata da copia della denuncia di Sinistro e documentazione comprovante il costo rimasto a carico dell'azienda Contraente a titolo di Scoperto / Franchigia.

Articolo 24) Responsabilità Civile verso Terzi

A. Prestazioni Sempre Operanti

24.1 Responsabilità Civile verso Terzi

L'Assicuratore fornirà la copertura assicurativa per la responsabilità civile dell'Assicurato per i fatti della vita privata che si verificassero durante la Trasferta Professionale/Missione. L'Assicuratore risponderà, entro il Massimale indicato nella Scheda di Polizza, per le somme che l'Assicurato fosse tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di Danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, persone e animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nel corso della Trasferta Professionale/Missione, con esclusione di ogni responsabilità inerente all'attività professionale.

Per i danneggiamenti a cose si intendono esclusivamente le alterazioni fisiche e/o chimiche delle cose medesime.

L'Assicurazione non comprende i Danni:

- cagionati da fatti attinenti all'esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale agricola, artigianale, industriale, o connessa con affari, locazioni, noleggi o prestazioni di servizi;
- alle cose o agli animali che la persona assicurata abbia in custodia o consegna o detenga a qualsiasi titolo o destinazione;
- derivanti da furto, comunque perpetrato;
- a cose altrui;
- derivanti da incendio di cose di proprietà della persona assicurata o da essa detenute;
- conseguenti ad inadempienze ad obblighi contrattuali;
- derivanti dalla partecipazione ad attività sportive con carattere professionale o semiprofessionale;

- derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, oppure che si verifichino in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da ogni responsabilità civile professionale;
- derivanti dalla circolazione e cagionati da veicoli a motore in genere, per i quali, in conformità alle norme della legge 24 dicembre 1969 n. 990, e del relativo regolamento di esecuzione approvato con D.P.R. n. 973 del 24 novembre 1970 e delle successive modifiche, è obbligatoria l'assicurazione.

SEZIONE 4 - DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 25) Persone non assicurabili - limite d'età

Non sono assicurati i Dipendenti che abbiano lo status di Espatriati. La garanzia assicurativa non vale inoltre per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

Salvo casi di deroga concordati con l'Assicuratore, il quale può richiedere la sottoscrizione di un Questionario Anamnestico ovvero una dichiarazione di buona salute attestante l'idoneità a compiere Trasferte Professionali o Missioni, a partire dall'85° anno di età dell'Assicurato i capitali previsti dall'articolo "Infortuni" si intendono ridotti al 50% e comunque non potranno superare il limite massimo di Euro 100.000. Eventuali deroghe saranno regolate con apposita appendice.

Articolo 26) Limite catastrofale

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, l'importo totale dell'Indennizzo dell'Assicuratore non potrà superare i Massimali specificatamente indicati nella Scheda di Polizza a seguito di un evento in volo, in mare o a seguito di un evento a terra. Qualora l'accumulo di tutte le prestazioni da riconoscere dovesse superare tali somme, gli Indennizzi saranno ridotti in proporzione al numero delle vittime e corrisposti proporzionalmente in base alla somma assicurata per ciascuno di essi.

Articolo 27) Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo, salvo quanto espressamente indicato per le singole garanzie. Gli Indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Articolo 28) Esclusioni di copertura

Ferme le esclusioni previste dalle singole Sezioni e garanzie, sono inoltre esclusi :

- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. "Rischio guerra";
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- suicidio, tentato suicidio e lesioni auto-inflitte intenzionalmente;
- abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- stato di intossicazione acuta alcolica, così come determinato dalla legislazione locale del Paese presso cui l'Assicurato si trovi, se alla guida di un qualsiasi veicolo e/o natante;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

****Avvertenza****

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali.

Articolo 29) Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze

dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di Infortunio, l'Indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalla presente Polizza.

Articolo 30) Cumulo di Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà rimborso nel caso contrario. Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avvenisse prima che l'Assicuratore avesse effettuato l'accertamento medico-legale, volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, e quindi prima che l'Indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

Articolo 31) Dichiarazioni del Contraente - decadenza

Non sarà riconosciuto alcun Indennizzo nei seguenti casi:

- rilascio intenzionale di informazioni false o alterazione di documenti probatori, con l'intenzione di frodare l'Assicuratore: decadrà qualunque diritto alla copertura per Sinistri pur indennizzabili ai sensi di Polizza;
- ritardi nell'assunzione di misure utili a limitare le conseguenze dell'evento dannoso e ad accelerare il recupero dell'Assicurato, che dovrà sottoporsi alle cure mediche richieste dalla sua condizione. L'Assicurato perderà qualunque diritto alla copertura in caso di mancato rispetto del proprio impegno per limitare l'entità del Danno o la gravità dello stato di Malattia;
- rifiuto ingiustificato nell'accesso all'Assicurato, da parte del medico dell'Assicuratore al fine di valutarne la condizione. Qualunque rifiuto ingiustificato di sottoporsi a tale esame, in seguito a notifica formale tramite posta raccomandata, farà decadere il diritto all'Indennizzo per l'Assicurato.

SEZIONE 5 - DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 32) Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro e condizioni per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore.

Per tutte le sezioni di Polizza occorre fornire:

- il numero della Polizza stessa;
- una copia dell'autorizzazione alla Trasferta Professionale o Missione;
- una dichiarazione emessa dal Contraente che certifichi di essere stato informato che l'Assicurato fosse eventualmente accompagnato dal Coniuge/convivente e/o dai Figli.

A. INFORTUNI

1) Casi morte e Invalidità Permanente da Infortunio

L'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare all'Assicuratore il Sinistro entro 15 giorni dall'Infortunio stesso o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La notifica dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizza, nonché il numero di protocollo;
- il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- i certificati di nascita dei Figli e una copia della dichiarazione dei redditi da cui risulti che sono a carico dell'Assicurato;
- il certificato di morte;
- i documenti che stabiliscono il ruolo di Beneficiario o avente diritto in caso di morte.

L'Assicuratore si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura.

2) Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'Assicurato

Per beneficiare di tale prestazione l'Assicurato dovrà esibire le fatture relative alle opere realizzate.

3) Recovery Hope

La comunicazione di cui al punto 2) dell'articolo "Recovery Hope" dovrà essere redatta all'Assicuratore entro 10 giorni dalla data di inizio della coma e dalla data di superamento dei 180 giorni di coma e, se sarà stata fornita all'Assicuratore, la documentazione da questa richiesta ai sensi dell'articolo "Prova" su tale stato. La domanda di pagamento dell'Indennizzo deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'Indennizzo con le modalità e gli effetti previsti all'articolo "Recovery Hope".

4) Coma conseguente a Infortunio

La notifica dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizza, nonché il numero di protocollo;
- il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- un certificato medico che dimostri che l'Assicurato si trova in uno stato di coma ininterrotto;

L'Assicuratore si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura.

B. SPESE MEDICHE E DIARIE

1) Spese mediche al di fuori del Paese di residenza dell'Assicurato

In caso di Infortunio o Malattia Improvvisa che richieda Ricovero ospedaliero nella zona della Trasferta Professionale, l'Assicurato dovrà prendere preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa. In caso di Ricovero, il reparto di accettazione dell'istituto ospedaliero avrà conferma (per telefono o via fax) dell'operatività della copertura da parte della Struttura Organizzativa. Le spese di Ricovero verranno pagate direttamente all'istituto ospedaliero dalla Struttura Organizzativa. La Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario o gli aventi diritto si impegnano ad adottare tutte le misure necessarie per ottenere il rimborso di tali costi (del tutto o in parte) dal servizio sanitario nazionale e da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato e a restituire immediatamente alla Struttura Organizzativa qualsiasi somma ricevuta in proposito.

****Avvertenza****

La copertura sarà operativa in seguito ad accettazione da parte della Struttura Organizzativa con un limite di 500 giorni consecutivi per ciascun trattamento.

In caso di spese mediche sostenute direttamente dall'Assicurato, entro 365 giorni dalla data dell'Infortunio o Malattia Improvvisa, le stesse verranno rimborsate dall'Assicuratore al ricevimento di tutta la documentazione giustificativa.

2) Spese mediche in Italia

Le spese mediche sostenute in Italia saranno rimborsate su presentazione, da parte dell'Assicurato, del certificato medico, della certificazione dell'ospedale e/o del pronto soccorso, della fattura del medico e dell'ospedale, delle dichiarazioni da parte del servizio sanitario nazionale e da coperture assicurative sanitarie obbligatorie stipulate dall'Assicurato, nonché delle dichiarazioni di rimborso, nei casi in cui l'Assicurato sia il Beneficiario.

Le fatture devono essere prodotte in originale.

3) Diaria da Ricovero da Infortunio

La domanda di liquidazione deve essere presentata all'Assicuratore entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

La notifica dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- la cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera a dimostrazione del Ricovero dell'Assicurato.

4) Danno estetico permanente

La notifica dovrà comprendere:

- una relazione scritta contenente le circostanze dell'evento, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- un certificato medico che stabilisca la deturpazione dell'Assicurato.

5) Spese per ricerca e soccorso

Affinché vengano eseguiti i rimborsi, l'Assicurato deve necessariamente fornire all'Assicuratore l'originale della richiesta dettagliata di rimborso delle spese di ricerca e soccorso rilasciate dalle autorità locali.

6) Rimborso costi di Assistenza psicologica

Il Beneficiario del suddetto servizio dovrà inoltrare all'Assicuratore:

- le fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo;
- una copia del certificato dello stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di primo grado con l'Assicurato.

C. ASSISTENZA

Affinché possano essere applicati i servizi di Assistenza personale, l'Assicurato deve prima di qualunque intervento che coinvolga le prestazioni offerte, prendere contatto con la Struttura Organizzativa al numero unico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7:

- +39 06 42115773

indicando il proprio Nome e Cognome, il riferimento della Contraente, fornendo inoltre l'indirizzo ed il recapito telefonico del luogo di soggiorno.

D. CRISIS MANAGEMENT

Affinché i servizi possano essere applicati, la Contraente dovrà contattare la Struttura Organizzativa al numero unico attivo 24 h /24h, 7 giorni su 7:

- +39 06 42115773

indicando il proprio Nome e Cognome, il riferimento della Contraente, fornendo inoltre l'indirizzo ed il recapito telefonico del luogo di soggiorno.

1) Permanenza forzata a causa di un disastro naturale o di un'epidemia

Affinché avvenga il rimborso, l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore gli originali di tutti i documenti giustificativi dei costi derivanti dal prolungamento forzato del viaggio.

2) Rimborso dello stipendio dell'Assicurato in caso di rapimento o sequestro

Lo stipendio dell'Assicurato rapito sarà rimborsato dietro presentazione, da parte del Contraente, di un resoconto di retribuzione, nonché da qualunque altra prova a supporto che l'Assicuratore richiederà.

3) Evacuazione politica e disastro naturale

Quando l'evento assicurato si è verificato o si ritiene si sia verificato, l'Assicurato dovrà:

- informare l'Assicuratore e fornirgli tutte le informazioni necessarie quanto prima possibile;
- informare o permettere all'Assicuratore di informare le autorità giudiziarie competenti del Paese in cui ha avuto luogo l'evento assicurato della richiesta di riscatto appena possibile, tenendo presente la sicurezza personale della vittima;
- la Contraente deve agire con prudenza in ogni momento e fare tutto quanto ragionevolmente possibile per evitare o minimizzare le Perdite assicurate;
- la Contraente e gli Assicurati devono, in qualunque momento, limitare la divulgazione dell'esistenza della suddetta assicurazione;
- la responsabilità dell'Assicuratore sarà in ogni caso limitata alle somme massime assicurate o concedibili. In nessun caso i limiti massimi delle garanzie riportate e le responsabilità dell'Assicuratore potranno eccedere quanto stabilito, ad esempio:
 - a. le garanzie di Polizza possono essere estese anche ad enti terzi rispetto alla Contraente di Polizza; ciascun Sinistro sarà gestito e liquidato solo verso l'ente che avrà mosso la denuncia per primo, e solo se legittimato a farlo;
 - b. ciascun Massimale si intende "per Sinistro e per anno", pertanto non saranno possibili cumuli fra anni assicurativi diversi;
- l'assicurazione potrà essere annullata dall'Assicuratore solo nel caso in cui la Contraente sia in difetto di pagamento del Premio richiesto. In tal caso l'Assicuratore invierà notifica scritta non meno di 30 giorni prima della data di effettiva cancellazione e sarà calcolato il rateo di eventuali premi dovuti;
- nessuna cessione dell'interesse della Contraente sarà vincolante per l'Assicuratore a meno che questi non abbia dato preventivo consenso;
- la notifica a chiunque non sia il titolare di Polizza aziendale non potrà alterare o influire sulla rinuncia ad eventuali condizioni della presente assicurazione, né potrà impedire all'Assicuratore di rivendicare i propri diritti in virtù della presente assicurazione.

La rinuncia o la modifica alle garanzie previste dalla presente Polizza potrà essere effettuata esclusivamente tramite patto speciale che sia parte integrante di tale Polizza.

Il mancato esercizio da parte dell'Assicuratore di qualunque diritto stabilito nella presente Polizza non costituisce rinuncia ai diritti dell'Assicuratore. L'Assicuratore avrà facoltà di esercitare o far rispettare i propri diritti in qualunque momento.

E. TUTELA BENI PERSONALI E AZIENDALI

1) Perdita, Danno, furto o distruzione di effetti personali e attrezzature IT professionali, campioni, carte bancarie e documenti di identità

Le prestazioni potranno essere fornite alle seguenti condizioni:

- l'Assicurato deve necessariamente presentare denuncia di perdita, Danno, furto o distruzione dei suoi effetti personali alle autorità locali competenti entro un periodo di 24 ore dalla data dell'evento;
- all'Assicuratore dovranno essere trasmessi entro un massimo di 10 giorni la denuncia o ricevuta della medesima, insieme a una dichiarazione dettagliata;
- in caso di furto degli effetti personali dal bagagliaio dell'autovettura, l'Assicurato sarà obbligato a produrre foto dell'effrazione (foto del Danno, eventuale fattura per la riparazione della serratura);
- l'Assicurato sarà tenuto a presentare all'Assicuratore tutte le prove giustificative che gli permettano di verificare o valutare il Danno (fotografia degli effetti personali danneggiati e eventuali fatture inerenti i costi di riparazione), nonché qualunque documento che l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere;
- per quanto riguarda oggetti di valore e gioielli, l'Assicurato deve fornire all'Assicuratore le fatture originali, l'originale del certificato di garanzia, l'atto notarile, se il possesso di questi articoli deriva da un'eredità, nonché ogni altra documentazione utile ad attestarne il valore.

2) Uso fraudolento di carta SIM da parte di terzi

Si rende necessario trasmettere all'Assicuratore la denuncia di utilizzo fraudolento presentata alle autorità competenti e tutte le evidenze che attestino gli utilizzi fraudolenti.

3) Effetti personali e furto di contante in seguito ad Aggressione

Si rende necessario trasmettere all'Assicuratore la denuncia effettuata presso le locali autorità competenti nonché tutte le evidenze che attestino i Danni ai propri effetti personali e i prelievi di contante.

F. INCONVENIENTI DI VIAGGIO

1) Inconvenienti di viaggio

Affinché avvenga il rimborso, l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore gli originali di tutti i documenti giustificativi dei costi derivanti dai summenzionati incidenti.

2) Cancellazione o modifica di una Trasferta Professionale/Missione

La Contraente deve informare l'agente di viaggio della cancellazione, non appena si verifica l'evento assicurato.

La cancellazione deve essere comunicata all'Assicuratore entro 48 ore dalla richiesta di Disdetta fatta all'agente di viaggio. Il rimborso sarà calcolato in relazione alla scala delle spese di annullamento in vigore alla data in cui viene scoperto l'evento che coinvolge la copertura anzidetta.

La Contraente deve trasmettere all'Assicuratore:

- i dati di contatto dell'agente di viaggio;
- una copia del contratto firmato con l'agenzia di viaggi, nonché tutti i documenti necessari per la valutazione della perdita;
- la ragione precisa dell'annullamento, nonché tutti i documenti giustificativi necessari, quali, a seconda della natura dell'evento: il certificato di morte, la prova del legame di parentela che collega l'Assicurato alla vittima, la cartella clinica del suo Ricovero nell'Istituto ospedaliero, una copia della citazione in giudizio, l'originale della ricevuta di denuncia in caso di furto di documenti o copia della notifica di perdita in caso di Danno materiale grave alla sua casa.

Dopo la scadenza di questo periodo di 48 ore, se l'Assicuratore sostiene qualsiasi tipo di perdita per notifica tardiva, la Contraente perde qualunque diritto all'Indennizzo.

3) Rimborso Franchigia per Sinistri al veicolo noleggiato

La denuncia deve essere corredata di copia della denuncia di Sinistro e documentazione comprovante il costo rimasto a carico dell'azienda Contraente a titolo di Scoperto / Franchigia.

G. RESPONSABILITA' CIVILE

1) Responsabilità civile verso terzi

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, le generalità dei danneggiati e dei testimoni eventuali, l'ora, la data e il luogo di accadimento del Sinistro e deve essere corredata di un certificato medico.

Articolo 33) Prova

Colui che richiede l'Indennità e/o i rimborsi prestatati da questa Polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Articolo 34) Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro, le Parti si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti, tra tre nomi proposti dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la Parte proponente convoca il Collegio Medico, invitando l'altra Parte a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 35) Liquidazione degli Indennizzi

Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea. Nel caso di spese sostenute al di fuori dei Paesi aderenti all'Euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione - ivi compreso l'atto di quietanza debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, ove necessario - in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni.



Contatti

Chubb European Group
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano

Telefono: 02 270951
Fax: 02 27095333
Mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 270951 - Fax 02 27095333 - info@chubb.com - P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS 100156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92439, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com - www.chubb.com/it