

CATTOLICA&VIAGGI

IMPREVISTI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. CVIAGGI 2 - ED. 12/2010
sono parte integrante della Nota Informativa
MOD. CVIAGGI 5**



INDICE

DEFINIZIONI.....	3
<i>Definizioni valide per l'assicurazione in generale</i>	3
<i>Definizioni specifiche per la garanzia assistenza</i>	4
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	6
<i>Norme che regolano l'assicurazione in generale</i>	6
NORME SPECIFICHE INFORTUNI.....	7
<i>Prestazioni infortuni</i>	9
<i>Norme in caso di sinistro</i>	11
NORME SPECIFICHE ASSISTENZA.....	12
<i>Prestazioni</i>	12
NORME SPECIFICHE RIMBORSO SPESE MEDICHE ALL'ESTERO	17
NORME SPECIFICHE BAGAGLIO ALL'ESTERO.....	19
NORME VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE.....	22
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE.....	23

DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo che segue si intendono:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

Persona fisica o giuridica designata dal contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'assicurazione in caso di morte dell'assicurato.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Day Hospital

Degenza in Istituto o casa di cura in regime esclusivamente diurno.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio:

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente.

Invalidità Permanente

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

L'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day Hospital, sia convenzionati con il servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'assicurato.

Malattia preesistente

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

Parti

Il Contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal contraente alla Società.

Ricovero

La permanenza dell'assicurato in Istituto di cura con pernottamento - la permanenza diurna in day Hospital.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Società

L'impresa assicuratrice.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Viaggio

In caso di viaggio aereo, treno, pullman o nave, s'intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranviaria) del viaggio a quella di arrivo. In Italia, in caso di viaggio in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, s'intende qualsiasi località ad oltre 50Km dal luogo di residenza dell'assicurato.

Definizioni specifiche per la garanzia assistenza

Assicurato

Gli assicurati con polizza " CATTOLICA&VIAGGI ".

Effetto e durata

Dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.

Sinistro:

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

Prestazioni

Sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'assicurato in caso di sinistro.

Centrale operativa

È la struttura di MAPFRE WARRANTY - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (Biella), costituita da: medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico

con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Infortunio

Sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'assicurato.

Malattia preesistente

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

Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Sono esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile).

Art. 2 - Pagamento del premio e durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto**. Il contratto è stipulato per una durata inferiore all'anno, pertanto si intende risolto alla scadenza indicata nella scheda di polizza senza obbligo di disdetta.

Art. 3 - Altre assicurazioni

Ai sensi dell'art. 1910 del codice civile, l'assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Art. 6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società o il contraente potranno recedere dall'assicurazione o dalla garanzia relativa alla singola persona cui si riferisce la denuncia, con preavviso di 30 giorni a far tempo dalla data di invio della comunicazione mediante lettera raccomandata.

Se la richiesta è della Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, essa rimborsa la parte del premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art. 7 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'assicurato.

Art. 8 - Foro Competente

Foro competente, è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'assicurato e/o del contraente.

Art. 9 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, si applicano le vigenti disposizioni della legge italiana.

NORME SPECIFICHE INFORTUNI

Art. 10 - Rischio assicurato

L'assicurazione, nei termini qui di seguito indicati e con i limiti previsti dalle clausole successive, vale per gli infortuni che l'assicurato subisca in viaggio che non abbia carattere professionale principale o secondaria e che sia esercitata fuori del luogo e dell'orario delle normali occupazioni.

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore.

Art. 11 - Rischi esclusi dall'assicurazione

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) dall'uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e gli sports aerei in genere, salvo quanto previsto al successivo art. 12 "Rischio volo";
- c) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) dalla partecipazione dell'assicurato a reati dolosi da lui commessi o tentati;
- f) da guerra e insurrezioni;
- g) da 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.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- h) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
nonché quelli causati dalla pratica:
- i) dello sport del paracadutismo;
- l) dei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), sci alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, canoa fluviale, speleologia, rugby, football americano, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, motonautica, automobilismo, motociclismo, bob, sport aerei in genere, a qualunque titolo praticati, baseball, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, ciclismo, calcio, calcio a cinque (e simili), equitazione, sci e sci nautico limitatamente alla partecipazione a corse, gare e relativi allenamenti;
- m) di sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.

Art. 12 - Rischio volo

Ferme le norme che regolano l'assicurazione in generale, in deroga a quanto previsto dall'art. 11 "Rischi esclusi dall'assicurazione" capoverso b), la garanzia è estesa, agli infortuni che l'assicurato

subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto Pubblico passeggeri;**
- **su aeromobili di Aeroclubs;**
- **su apparecchi per il Volo da diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio).**

La copertura inizia dal momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa dal momento in cui ne è disceso.

In base a quanto previsto dall'art. 1) delle "Norme che regolano l'assicurazione in generale" e ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 del codice civile, **l'assicurato, in base a quanto sia o venga a conoscenza: dichiara che la somma dei capitali fra la presente e altre assicurazioni contro gli infortuni, che includono la copertura del rischio volo, stipulate dallo stesso assicurato o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:**

- **euro 1.000.000 per il caso di morte;**
- **euro 1.000,000 per il caso di invalidità permanente totale.**

Art. 13 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che siano affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV o dalle seguenti infermità mentali:

schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico cerebrali.

Pertanto, in conformità con quanto disposto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", qualora risulti che l'assicurato al momento della stipulazione della polizza era affetto da qualcuna delle patologie su elencate tacite alla Società, il contratto è annullato ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Il manifestarsi nell'assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile; di conseguenza la Società può recedere dal contratto con effetto immediato, limitatamente alla persona assicurata colpita da affezione ed i sinistri, verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie, non sono indennizzabili.

Art. 14 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'assicurato, del contraente e del beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del codice civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'assicurato non abbia partecipato.

Art. 15 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida nel Mondo Intero. Liquidazione ed accertamenti sanitari saranno fatti in Italia.

Art. 16 - Limite di età

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, nel caso l'assicurato compisse il 75° anno di età in corso di contratto, la garanzia conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza.

Art. 17 - Assicurazione per conto altrui

Nel caso che la presente assicurazione fosse stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dallapolizza devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato, così come disposto dall'art. 1891 codice civile.

Prestazioni infortuni**Art. 18 - Morte e Morte presunta**

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, marittima o aerea e di calamità naturali, il corpo dell'assicurato non viene più ritrovato, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso morte a condizione che sia trascorso almeno un anno dalla scomparsa e sia stato richiesto il certificato di "Morte Presunta". Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo ed in seguito l'assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata e delle relative spese mentre l'assicurato potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente polizza.

Art. 19 - Invalidità Permanente

a) Se l'infortunio ha come conseguenza la invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde la somma assicurata.

b) Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che verrà accertata facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:

- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
- anchilosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
- anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%
- anchilosi del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%
- paralisi completa del nervo radiale	35%
- paralisi completa del nervo ulnare	20%
- amputazione di un arto inferiore:	
a) al di sopra della metà della coscia	70%

b) al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
c) al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
d) un piede	40%
e) ambedue i piedi	100%
f) un alluce	5%
g) un altro dito del piede	1%
h) la falange ungueale dell'alluce	2,5%
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%
- paralisi completa dello SPE	15%
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
- sordità completa di un orecchio	10%
- una costa	1%
- esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
a) una vertebra cervicale	12%
b) una vertebra dorsale	5%
c) 12° dorsale	10%
d) una vertebra lombare	10%
- esiti di una frattura di un metamero sacrale	3%
- esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
- postumi di trauma discorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del capo e del collo	2%
- perdita anatomica di un rene	15%
- perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

c) In caso di perdita anatomica e/o funzionale di un organo o di un arto già menomato, le percentuali sopra riportate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

d) Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti al punto b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate al punto b), le percentuali sopra indicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati al punto b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata con riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione; la perdita anatomica o funzionale di più organi arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati al punto b) e ai criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

Art. 20 - Franchigia assoluta in caso di invalidità permanente

- sul capitale sino a euro 50.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti dall'art. 19 "Invalidità Permanente", non supera il 3%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 3%, l'indennizzo da liquidare sarà la sola parte eccedente detta percentuale di invalidità; qualora la invalidità sia conseguente a rischio volo, la franchigia si intende elevata al 5%;
- sul capitale eccedente e euro 50.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo se il grado di invalidità permanente, accertato secondo i criteri stabiliti nell'art. 19 "Invalidità Permanente", non supera il 5%. Qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 5% l'indennizzo da liquidare sarà la sola parte eccedente detta percentuale di invalidità.

Art. 21 - Limite Catastrofale

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza e in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo non potrà comunque superare euro 1.000.000,00. Qualora le indennità liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte in relazione al limite massimo di esborso suesposto.

Norme in caso di sinistro**Art. 22 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato**

In caso di sinistro, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

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

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.

Art. 23 - Rinuncia al diritto di surrogazione per i danni da infortunio

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 24 - Modalità di valutazione del danno

Per le divergenze sulla natura, causa ed entità della lesioni, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sul nominativo del terzo arbitro, quest'ultimo dovrà essere prescelto, fra gli specialisti in Medicina Legale delle Assicurazioni, dal Presidente del Consiglio dell'ordine avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. **Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.**

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa, da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di

violenza, dolo, errori e violazioni dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare uno per ognuna delle parti.

NORME SPECIFICHE ASSISTENZA

Prestazioni

Le prestazioni che seguono sono fornite quando il sinistro si verifica in viaggio ad oltre 50 Km. dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 25 - Consulenza medica telefonica

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il medico che lo ha in cura sul posto con i medici della Centrale Operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 26 - Invio di un medico in Italia

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'assicurato in Italia necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a spese della Società uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 27 - Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora a seguito della prestazione "Consulenza medica telefonica" di cui all'art. 25 che precede, si ravvisi la necessità per l'assicurato all'estero di essere sottoposto ad una visita specialistica, la Centrale Operativa gli segnalerà un medico nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

Art. 28 - Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un Istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

In caso di Polizza Famiglia o di Polizza Gruppo, qualora il sinistro coinvolga contemporaneamente più assicurati, la garanzia si intenderà complessivamente prestata fino alla concorrenza massima di euro 25.000,00. Per importi superiori la Centrale Operativa interverrà subito dopo aver ricevuto in Italia adeguate garanzie, in relazione al pagamento delle eccedenze, quali, a titolo esemplificativo: assegni circolari, fidejussione bancaria.

La Centrale Operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in paesi Europei.

La Società, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione:

- **le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio;**
- **le malattie infettive nei caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.**

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'assicurato o i familiari dello stesso, addiventano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

Art. 29 - Rientro salma

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato sia deceduto la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di euro 3.000,00 per assicurato.**

Qualora il sinistro coinvolga contemporaneamente più assicurati, la garanzia si intenderà complessivamente prestata fino alla concorrenza massima di euro 13.000,00 in caso di Polizza Famiglia e di euro 25.000,00 in caso di Polizza di Gruppo. Per importi superiori la Centrale Operativa interverrà subito dopo aver ricevuto in Italia adeguate garanzie, in relazione al pagamento delle eccedenze, quali, a titolo esemplificativo: assegni circolari, fidejussione bancaria.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

Art. 30 - Rientro con un familiare assicurato

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'assicurato, in base alle condizioni della prestazione di cui all'art. 28 " Rientro sanitario", che precede, ed i medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, verrà organizzato il viaggio di rientro di un familiare assicurato, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'assicurato, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza.

La Società terrà a proprio carico le spese di viaggio del familiare fino ad un massimo di euro 200,00 se il rientro avviene dall'Italia e fino ad un massimo di euro 400,00 se il rientro avviene dall'estero.

La Società ha il diritto di richiedere al familiare dell'assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.

Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 31 - Rientro degli altri assicurati

Qualora, a seguito della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'art. 28, che precede, le persone che viaggino con l'assicurato siano impossibilitate a rientrare con il mezzo inizialmente stabilito, la Centrale Operativa provvederà a fornire a queste ultime, per il rientro dal viaggio, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica).

La Società terrà a proprio carico le spese di viaggio fino ad un massimo per persona di euro 200,00 se il rientro avviene dall'Italia e fino ad un massimo di euro 400,00 se il rientro avviene dall'estero.

Art. 32 - Viaggio di un familiare - accompagnamento dei minori

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato sia in viaggio da solo e necessiti di un ricovero in Istituto di cura e qualora i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 10 giorni, oppure quando lo stesso sia accompagnato da minori di 15 anni purché anch'essi assicurati e sia impossibilitato ad occuparsene in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andato e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato o di occuparsi dei minori e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il costo del biglietto.

L'assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la Centrale Operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. 33 - Rientro del convalescente

Qualora l'assicurato, convalescente dopo un ricovero in Istituto di cura, non sia in grado di rientrare alla propria abitazione con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa organizza il suo rientro in treno (prima classe o vagone letto) o aereo (in classe economica) tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

L'assicurato deve comunicare il nome dell'Istituto di cura ed il reparto dove è avvenuto il ricovero, il nome ed il numero telefonico del medico che lo ha in cura, affinché la Centrale Operativa possa stabilire i necessari contatti ed organizzare il viaggio di rientro.

Art. 34 - Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'assicurato, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al suo domicilio alla data stabilita, la Centrale Operativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo per ciascun assicurato di euro 75,00 al giorno.**

Al suo rientro l'assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

Art. 35 - Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'assicurato per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo parere medico, di specialità medicinali (sempreché commercializzate in Italia) irreperibili sul posto, e non esistano sul posto specialità giudicate equivalenti dai medici della Centrale Operativa, questa provvederà ad inviarle all'assicurato con il mezzo più rapido, tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

Restano a carico dell'assicurato i costi di acquisto dei medicinali, mentre le spese di ricerca e spedizione sono a carico della Società.

Art. 36 - Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'assicurato, in caso di ricovero in ospedale per infortunio o malattia improvvisa, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendone la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative.

La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa.

Art. 37 - Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'assicurato debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Centrale Operativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'assicurato, di fatture **fino ad un importo massimo di euro 300,00 per sinistro.**

Qualora l'ammontare delle fatture superasse l'importo di euro 300,00 la prestazione diventerà operante nel momento in cui in Italia la Centrale Operativa avrà ricevuto garanzie di restituzione ritenute da essa adeguate. L'importo delle fatture pagate dalla Centrale Operativa non potrà comunque mai superare la somma di euro 2.500,00.

La prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa; se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'assicurato;
- se l'assicurato non è in grado di fornire alla Centrale Operativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

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

L'assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

Art. 38 - Rientro anticipato

Qualora l'assicurato debba rientrare alla sua residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, la Centrale Operativa organizzerà il viaggio in treno (prima classe) o in aereo di linea (classe economica) fino al luogo in Italia dove è deceduto il familiare o dove il familiare deceduto viene inumato, tenendo la Società a proprio carico il relativo costo.

Se l'assicurato si trova in viaggio con un minore, sempreché anche quest'ultimo sia assicurato, verrà organizzato il rientro anticipato per entrambi.

Qualora l'assicurato, per rientrare anticipatamente, sia costretto ad abbandonare il veicolo, verrà messo a sua disposizione un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) per il successivo recupero del veicolo stesso.

La prestazione non è operante se l'assicurato non può fornire alla Centrale Operativa adeguate informazioni sui sinistri che danno luogo alla richiesta di rientro anticipato.

Tali informazioni saranno documentate successivamente a richiesta della Centrale Operativa.

Art. 39 - Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero:

015 2 559 584

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a:

MAPFRE WARRANTY - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (Biella)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. Il tipo di assistenza di cui necessita**
- 2. Nome e Cognome**
- 3. Numero di polizza preceduto dalla sigla UNVA**
- 4. Indirizzo del luogo in cui si trova**
- 5. Il recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

La Centrale Operativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente -

ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare **gli originali** (non le fotocopie) **dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.** **In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.**

Art. 40 - Estensione territoriale

Mondo intero con esclusione dei seguenti Paesi: Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Pitcairn, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuotu. Sono inoltre esclusi i Paesi verso cui il Ministero degli Esteri Italiano sconsigli di intraprendere viaggi o i Paesi soggetti ad embargo del consiglio di sicurezza dell'Onu o di altri organismi internazionali ai quali l'Italia aderisce, i Paesi in cui si verifichi un qualunque conflitto o intervento internazionale che implichi l'uso della forza o coazione.

NORME SPECIFICHE RIMBORSO SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

Art. 41 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese:

- mediche,
- farmaceutiche,
- ospedaliere; che l'assicurato dovesse sostenere **per cure o interventi urgenti e non procrastinabili** ricevuti sul posto nel corso di viaggi, **in seguito a malattia improvvisa o ad infortunio**, durante il periodo di durata della garanzia.

Art. 42 - Esclusioni

Sono escluse dalla garanzia:

- **tutte le spese sostenute in Italia, Repubblica di San Marino, Citta del Vaticano;**
- **le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per acquisto e applicazione di apparecchi protesici, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti;**
- **spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e/o protesici;**
- **visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio.**

Art. 43 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro l'assicurato dovrà notificare per iscritto il danno all'agenzia a cui assegnata la polizza o alla sede della Società, entro e non oltre 60 giorni dal suo verificarsi. La denuncia dovrà essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia nonché la necessità del ricovero o dell'intervento indicando:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono della/e persona/e colpita/e da sinistro;
- numero di polizza e codice dell'agenzia cui è assegnata la polizza;
- diagnosi medica che certifichi la patologia sofferta;
- ricevute delle spese sostenute, **in originale**;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.

La Società potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del sinistro, ulteriore documentazione che l'assicurato è tenuto a trasmettere.

La mancata produzione, sia dei documenti sopra elencati sia di quelli eventualmente richiesti, può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 44 - Modalità di valutazione del danno

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, la Società procede alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento al netto delle franchigie previste.

I rimborsi verranno corrisposti in Italia in euro. Nel caso di spese sostenute in paesi non aderenti all'euro, o con divisa monetaria diversa dall'euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 45 - Massimali assicurati

La Società rimborsa le spese sostenute sino alla concorrenza del massimale indicato nel simple di polizza **per assicurato e per anno assicurativo**. I rimborsi verranno effettuati previa applicazione di **una franchigia fissa ed assoluta per sinistro e per assicurato di euro 50,00**.

In caso di Polizza Famiglia, fermo restando il massimale pro capite, sopra indicato, **il massimale per nucleo si intende prestato fino alla concorrenza massima di tre volte il massimale indicato nel simple di polizza per evento o per anno**.

In caso di Polizza Gruppo, fermo restando il massimale pro capite sopra indicato, **il massimale si intende complessivamente prestato fino alla concorrenza massima di dieci volte il massimale**

indicato nel simplo di polizza per evento o per anno.

Se il predetto limite risulterà insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, la Società, liquiderà, ciascun assicurato, in base alla proporzione esistente tra il suddetto, limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza.

I massimali previsti comprendono:

- rette di degenza in Istituto di cura prescritto dal medico fino a euro 100,00 al giorno per assicurato;
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a euro 100,00 per assicurato;
- spese per riparazioni di protesi, solo a seguito di infortunio, fino a euro 100,00 per assicurato.

NORME SPECIFICHE BAGAGLIO ALL'ESTERO

Art. 46 - Oggetto dell'assicurazione

La Società assicura il risarcimento dei danni materiali e diretti subiti dal bagaglio ed effetti personali che l'assicurato aveva con sé all'inizio del viaggio, compresi gli abiti indossati, causati da:

- furto/furto con scasso;
- rapina;
- scippo;
- perdita;
- smarrimento;
- avaria.

Per viaggi effettuati in aereo, treno, bus o nave, la garanzia è operante dalla stazione di partenza a quella di arrivo in Italia alla conclusione del viaggio.

Art. 47 - Somma assicurata

La garanzia è prestata fino alla concorrenza **della somma di euro 250,00 per assicurato per la durata della polizza.**

In caso di furto, rapina, scippo o smarrimento di Carta d'identità, Passaporto e Patente di guida, vengono rimborsate **le spese sostenute per il rifacimento di tali documenti, certificate da giustificativi di spesa, fino alla concorrenza di euro 25,00 in eccedenza ai massimali predetti.**

Art. 48 - Limiti di indennizzo

Sono coperti cumulativamente fino al 50% della somma assicurata i danni ad apparecchiature fotocineottiche e materiale fotosensibile, radio, televisori, registratori, ogni altra apparecchiatura elettronica, strumenti musicali, armi da difesa personale e/o da caccia, occhiali da vista e da sole.

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

- cosmetici, medicinali, articoli sanitari;
- gioielli, pietre preziose, perle, orologi, oggetti d'oro/argento/platino, pellicce ed altri oggetti preziosi. Tali beni sono coperti da assicurazione solo se indossati o consegnati in deposito in albergo.

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

- dimenticanza, incuria o smarrimento da parte dell'assicurato;
- rottura non conseguente ad incidente occorso al mezzo di trasporto o a causa di forza maggiore;
- furto con scasso del bagaglio contenuto all'interno del bagagliaio del veicolo regolarmente chiuso a chiave;
- furto dell'intero veicolo.

Fermi i massimali suddetti, **l'indennizzo massimo per ogni oggetto non potrà superare l'importo di euro 180,00.** I corredi fotocineottici (macchina fotografica, telecamera, lampeggiatori, obiettivi, batterie, borse, ecc.) sono considerati un unico oggetto.

Gli oggetti acquistati nel corso del viaggio sono rimborsati solo dietro presentazione della ricevuta d'acquisto originale.

Art. 49 - Esclusioni:

La prestazione non è operante:

- per denaro, assegni, francobolli, biglietti e documenti di viaggio, souvenir, monete, oggetti d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, casco, attrezzature professionali, documenti diversi da Carta d'Identità, Passaporto, Patente di guida;
- per tutti i sinistri verificatisi durante i viaggi effettuati su motoveicoli di qualsiasi cilindrata;
- per i danni derivanti da dolo o colpa grave dell'assicurato e quelli provocati ad attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- per i beni diversi da capi di abbigliamento, quali ad esempio orologi e occhiali da vista o da sole, che siano stati consegnati insieme agli abiti ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;
- in caso di furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo non regolarmente chiuso a chiave;
- in caso di furto senza scasso del bagaglio contenuto nel bagagliaio del veicolo;
- in caso di furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo o comunque visibile dall'esterno;
- in caso di furto tra le ore 20.00 e le 7.00 di bagaglio a bordo del veicolo quando lo stesso non sia stato ricoverato in una pubblica autorimessa custodita;
- per gli accessori fissi e di servizio del veicolo stesso (compresa autoradio o riproduttore estraibile).

Art. 50 - Denuncia di sinistro

In caso di sinistro l'assicurato dovrà notificare per iscritto il danno alla agenzia a cui è assegnata la polizza o alla Società entro e non oltre 10 giorni dal suo verificarsi, presentando anche in seguito, comunque entro 60 giorni dal sinistro, denuncia da dove risultino:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di polizza, copia dei biglietti di viaggio o gli estremi del soggiorno;
- copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il fatto, riportante le circostanze del sinistro, l'elenco degli oggetti smarriti o rubati, il loro valore e la data d'acquisto, i nominativi degli assicurati che hanno subito il danno;
- copia del reclamo presentato al vettore o all'albergatore eventualmente responsabile;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti se sostenute;
- fatture, scontrini, ricevute comprovanti il valore dei beni danneggiati o sottratti e la loro data di acquisto;
- fattura di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati redatta su carta intestata, da un concessionario o da uno specialista del settore.

Solo in caso di mancata consegna e/o danneggiamento dell'intero bagaglio o di parte di esso consegnato al vettore aereo:

- copia del P.I.R. (rapporto irregolarità bagaglio) effettuato immediatamente presso l'ufficio aeroportuale specificatamente adibito ai reclami per i bagagli smarriti (Lost and Found);
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso.

La Società potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del sinistro, ulteriore documentazione che l'assicurato è tenuto a trasmettere.

La mancata produzione, sia dei documenti, tra quelli sopra elencati, relativi al caso specifico sia di quelli eventualmente richiesti, può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 51 - Modalità di liquidazione del danno

Il danno è liquidato, a integrazione di quanto rimborsato dal vettore aereo o dall'albergatore responsabile e fino alla concorrenza della somma assicurata, in base al valore commerciale che le cose assicurate avevano al momento del sinistro, secondo quanto risulta dalla documentazione fornita.

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

In caso di avaria verrà rimborsato il costo della riparazione su presentazione di fattura. In nessun caso si terrà conto dei cosiddetti valori affettivi.

I rimborsi verranno corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in paesi non aderenti all'Euro o con divisa monetaria diversa dall'euro, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'assicurato ha sostenuto le spese.

NORME VALIDE PER TUTTE LE GARANZIE

Art. 52 - Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- 1. L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di queste polizze, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro.**
- 2. Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:**
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;**
 - c) dolo dell'assicurato;**
 - d) suicidio o tentato suicidio;**
 - e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;**
 - f) malattie nervose e mentali;**
 - g) malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;**
 - h) malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti);**
 - i) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
 - l) espianto e/o trapianto di organi.**

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

- 3. Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.**
- 4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.**
- 5. Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.**
- 6. Il diritto alle assistenze fornite dalla Centrale Operativa decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro.**
- 7. La Società non si assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.**
- 8. A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1910 del codice civile, all'assicurato che godesse di prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero riconoscimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è fatto obbligo di dare comunque avviso del sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente alla Società, nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui attivasse altra impresa, le presenti prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'assicurato degli eventuali maggiori costi addebitatigli dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.**

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE

Art. 1891 cod. civ. - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazioni da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 cod. civ. - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 (1391, 1932).

Art. 1898 cod. civ. - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del

rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 cod. civ. - Sinistri cagionati con dolo o colpa grave dell'assicurato o dei suoi dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

Art. 1901 cod. civ. - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 cod. civ. - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve dare l'avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 cod. civ. - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 cod. civ. - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro 24 ore.

Art. 1915 cod. civ. - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952 cod. civ. - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in due anni dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni e quelli derivanti dal contratto di riassicurazione in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento delle indennità.



SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - C.F./P.I. e n. di iscriz. al reg. delle imprese di VR 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di VR n. 9962 - Soc. iscritta all'Albo delle Soc. Coop. al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa aut. all'eserc. delle assic. a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923

www.cattolica.it