



Gulliver

FASCICOLO INFORMATIVO

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER GLI INFORTUNI DELLA CIRCOLAZIONE
O DURANTE UN VIAGGIO O AERONAUTICI.

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
 - Condizioni di assicurazione;
- deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE
ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.**

Mod. INF54151/FI

 **ITALIANA
ASSICURAZIONI**
PARLACI DI TE.

GULLIVER

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello INF54151 – Ed. 03/2014

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente libretto modello INF54151/FI e dalla scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5 riportante le somme assicurate: insieme formano il contratto di assicurazione.

Con la firma della scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5 il Contraente approva le condizioni contrattuali previste nel presente libretto modello INF54151/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle Sezioni:

- Infortuni
- Rimborso Spese Mediche
- Perdita Bagaglio
- Annullamento Viaggio
- Ritiro Patente
- Tutela Legale
- Assistenza

Diventano operanti le garanzie per le quali siano stati espressamente indicati i dovuti riferimenti e importi nelle rispettive caselle nella scheda di polizza modello INF54150/2/3/4/5.



DEFINIZIONI	Pag.	4
A CONDIZIONI GENERALI	Pag.	7
B SEZIONE INFORTUNI	Pag.	8
▪ Chi e quando assicuriamo	Pag.	8
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	8
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	9
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	10
C SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE	Pag.	15
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	15
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	15
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	15
D SEZIONE PERDITA BAGAGLIO	Pag.	17
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	17
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	17
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	17
E SEZIONE ANNULLAMENTO VIAGGIO	Pag.	19
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	19
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	19
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	20
F SEZIONE RITIRO PATENTE	Pag.	21
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	21
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	21
▪ Come avviene la liquidazione dell'indennizzo	Pag.	21
G SEZIONE TUTELA LEGALE	Pag.	23
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	23
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	24
▪ Quando assicuriamo	Pag.	25
▪ Dove assicuriamo	Pag.	25
▪ Gestione del sinistro	Pag.	25
H SEZIONE ASSISTENZA	Pag.	27
▪ Servizi di base	Pag.	27
▪ Cosa assicuriamo	Pag.	28
▪ Cosa non assicuriamo	Pag.	32
▪ Gestione del sinistro	Pag.	32

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

ASSICURATO

La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Assistenza prestata da infermieri in possesso di specifico diploma.

BAGAGLIO

L'insieme dei capi di vestiario e degli oggetti di uso personale che l'Assicurato porta con sé durante il viaggio.

BENEFICIARI

Le persone designate dall'Assicurato a riscuotere l'indennizzo in caso di proprio decesso. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

BLUE ASSISTANCE

La Società che organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previste in polizza.

CONTRAENTE

La persona che stipula l'assicurazione.

CONTRATTO DI VIAGGIO

Il contratto concluso con un operatore turistico abilitato avente per oggetto l'acquisto di un pacchetto turistico o di altro servizio riguardante un soggiorno o un viaggio.

DAY HOSPITAL/DAY SURGERY

Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o interventi chirurgici (day surgery) eseguiti da medici chirurgi specialisti con redazione di cartella clinica.

DANNO ESTETICO

Deturpazione obiettivamente constatabile.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato espressa in cifra fissa, in percentuale su una somma assicurata o in percentuale sull'ammontare del danno.

INDENNIZZO

Quanto dovuto dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, che hanno come conseguenza una inabilità temporanea, una invalidità permanente o la morte dell'Assicurato.

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore o di freddo;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'asfissia non dipendente da malattia;
- le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali;
- le ernie direttamente ed esclusivamente determinate da eventi traumatici.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, **indipendentemente dalla professione esercitata.**

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

MALATTIA

Ogni alterazione obiettivamente riscontrabile dello stato di salute dell'Assicurato **non dipendente da infortunio.**

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della sottoscrizione della polizza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

OPERATORE TURISTICO

L'agenzia di viaggio o tour operator, l'albergatore, l'agenzia immobiliare, il noleggiatore di camper che hanno predisposto il contratto di viaggio.

PACCHETTO TURISTICO

Oggetto del contratto regolamentato dall'art. 2 n° 1 del Decreto legislativo n. 111/95 del 17.3.95 di attuazione della Direttiva 90/314 CEE.

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

RESIDENZA

Luogo in Italia in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

RICOVERO

Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento in day hospital/day surgery.

SCHEDA DI POLIZZA

Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i capitali assicurati, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso e, per la Sezione Tutela Legale, il verificarsi dei casi di controversia.

SOCIETÀ

Italiana Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURE SANITARIE

Policlinico universitario, ospedale, istituto di ricerca e cura, istituto scientifico, case di cura, day hospital/day surgery, poliambulatori medici, centri diagnostici, centri di fisiokinesiterapia e riabilitazione regolarmente autorizzati. **Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

TRATTAMENTI SANITARI

Insieme di medicinali e rimedi per il trattamento delle conseguenze di un infortunio: accertamenti diagnostici, cure mediche, materiale di intervento, endoprotesi, trattamenti riabilitativi; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici.

VIAGGIO

Qualsiasi spostamento al di fuori del comune di residenza o soggiorno dell'Assicurato.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

A CONDIZIONI GENERALI

1.1 RECESSO DAL CONTRATTO

Relativamente alle Sezioni Infortuni - Ritiro patente - Tutela giudiziaria dopo il terzo sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni. Qualora sia esercitata tale facoltà la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

1.2 PERSONE NON ASSICURABILI

La Società non assicura le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi correlate; schizofrenia, psicosi in genere, infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali. La persona cessa di essere assicurata con il loro manifestarsi.

L'eventuale incasso del premio, dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste, non costituisce deroga; il premio medesimo verrà, quindi, restituito dalla Società.

1.3 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

1.4 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

(non opera se nella casella "indicizzazione" della scheda di polizza è riportata l'indicazione "NO")

Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, **la polizza è indicizzata** e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati e di operai pubblicato dall'ISTAT. Mentre **il premio di polizza sarà aumentato solo ad ogni scadenza annuale, i valori e i limiti delle prestazioni, escluse le franchigie, saranno adeguati ogni mese;** quindi, in caso di sinistro, si farà riferimento a tali parametri rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del sinistro e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto. Ad ogni scadenza annuale del premio **il Contraente e la Società hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione** con riferimento all'ultima variazione intervenuta.

1.5 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

B SEZIONI INFORTUNI

CHI E QUANDO ASSICURIAMO

2.1 La Società assicura contro gli infortuni professionali ed extra professionali **la persona** indicata nella scheda di polizza **o il conducente** del veicolo indicato nella scheda di polizza.

2.2 L'assicurazione comprende gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo o tumulti popolari purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- b) causa terremoto, eruzione vulcanica, inondazione, trombe d'aria e uragani. **Se l'infortunio si verifica entro i confini italiani la somma assicurata è ridotta del 50%;**
- c) causa guerra, se ed in quanto viene sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace. **La garanzia opera per un periodo massimo di 5 giorni dall'inizio delle ostilità.**

In caso di **contagio da virus H.I.V.** provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società **corrisponde un indennizzo di € 10.400.**

COSA ASSICURIAMO

3.1 MORTE

Se l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari.

Qualora nel medesimo sinistro si verifichi la commorienza dell'Assicurato e del consorte, l'indennizzo spettante ai figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 60% **viene aumentato del 50% fino a un indennizzo globale di € 260.000.**

L'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia maggiore.

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Se risulta che l'Assicurato è vivo dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha diritto alla restituzione, da parte dei beneficiari, della somma loro pagata. L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società liquida l'indennizzo per invalidità permanente se l'invalidità stessa si verifica entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Il grado di invalidità permanente è accertato **con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL** (allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965 n. 1124) **riportate all'articolo 5.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO.**

La Società riconosce un **anticipo pari al 50%** del presumibile indennizzo definitivo in caso di invalidità permanente stimata **superiore al 25%** in base alla documentazione acquisita.

L'Assicurato può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

3.3 RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA

Per la cura delle lesioni determinate da infortunio la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato:

- in caso di ricovero, le spese sostenute per i trattamenti sanitari, per i diritti di sala operatoria e per le rette di degenza. Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, **corrisponde una diaria di € 104 per ogni pernottamento, fino a 90 pernottamenti per sinistro;**
- dopo il ricovero o in assenza di ricovero, le spese sostenute per i trattamenti sanitari e per il noleggio di apparecchiature terapeutiche o ortopediche, con l'applicazione di **una franchigia di € 50 per sinistro;** le spese sostenute per cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio con l'applicazione di **una franchigia di € 50 per sinistro.** Le spese per il materiale prezioso e le leghe speciali impiegati nelle protesi sono rimborsabili **fino alla concorrenza di € 1.100. Non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi applicate prima dell'infortunio.** Qualora le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione della franchigia;
- le spese sostenute per l'assistenza infermieristica domiciliare, con **il limite di € 52 giornaliero per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;**
- le spese sostenute in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica **fino a € 5.200 per sinistro** purché l'intervento stesso avvenga entro tre anni dal giorno dell'infortunio **provato da documentazione medica;**
- le spese di trasporto dell'Assicurato alla struttura sanitaria o al luogo di soccorso o da una struttura sanitaria all'altra, **con il limite di € 520 o di € 2.600 in caso di intervento di eliambulanza.**

3.4 DIARIA PER RICOVERO

La Società corrisponde la somma assicurata per ogni giorno di ricovero, **fino a 365 giorni per infortunio.**

3.5 RENDITA VITALIZIA

Se l'infortunio determina **un'invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60%** della totale, la Società, mediante una polizza Vita della serie "Speciale", assicura il pagamento di una **rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale di € 6.200 lorde annue.** L'effetto della polizza Vita è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale è stato accertato il grado di invalidità. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

COSA NON ASSICURIAMO

4.1 INFORTUNI NON INDENNIZZABILI

La Società non indennizza gli infortuni derivanti:

- dalla pratica di sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore;
- dalla guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dalla pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- dalla pratica di sport a livello agonistico;
- dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci; da stato di ubriachezza accertata;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- **da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;**
- **dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).**

La Società non indennizza gli infortuni subiti dall'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

5.1 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio e l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato; **deve essere trasmessa**, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società **nel più breve tempo possibile.**

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

Per ottenere il rimborso delle spese di cura l'Assicurato deve presentare i documenti di spesa in originale e la documentazione medica.

La liquidazione viene effettuata a cura ultimata.

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

L'Assicurato deve consentire alla visita dei medici della Società e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, di qualsiasi origine e tipologia, sono indennizzabili solo le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomato, nella valutazione del grado di invalidità permanente le percentuali previste verranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

5.3 CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZE DELLE LESIONI

In caso di divergenza sul nesso causale tra evento e lesione, sulla natura o conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sulla pertinenza delle spese di cura **si potrà procedere**, mediante accordo tra l'Assicurato e la Società, **in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, all'arbitrato di un Collegio Medico.**

I primi due componenti di tale Collegio saranno designati dall'Assicurato e dalla Società **e il terzo d'accordo dai primi due** o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio Medico.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e **sono sempre vincolanti per le Parti** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

5.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede **entro 30 giorni al pagamento**.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa. Tuttavia, se l'infortunato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite, dopo che l'indennizzo per l'invalidità permanente sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga ai beneficiari l'importo liquidato od offerto.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero avviene **alle seguenti condizioni:**

- per le spese in valute dell'area Euro verrà applicata la parità ufficiale;
- per le spese in altre valute verrà applicato il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunte dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è sostenuta.

Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

Il grado di invalidità permanente è accertato facendo riferimento ai valori delle seguenti menomazioni:

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)

	Destro		Sinistro
▪ Sordità completa di un orecchio		15%	
▪ Sordità completa bilaterale		60%	
▪ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
▪ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi la tabella seguente):

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:

– con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
– con visus corretto di 7/10	18%
– con visus corretto di 6/10	21%
– con visus corretto di 5/10	24%
– con visus corretto di 4/10	28%
– con visus corretto di 3/10	32%
– con visus corretto inferiore a 3/10	35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
▪ Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
▪ Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
▪ Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
▪ Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
▪ Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
▪ Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
▪ Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
▪ Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
▪ Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
▪ Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
▪ Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
▪ Perdita totale del pollice	28%	23%
▪ Perdita totale dell'indice	15%	13%
▪ Perdita totale del medio		12%
▪ Perdita totale dell'anulare		8%
▪ Perdita totale del mignolo		12%
▪ Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
▪ Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
▪ Perdita della falange ungueale del medio		5%
▪ Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
▪ Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
▪ Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
▪ Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
▪ Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
▪ Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° – 75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Descrizione	Percentuali	
	Destro	Sinistro
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
▪ Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
▪ Anchilosi completa dell'articolazione radio–carpica in estensione rettilinea	18%	15%
▪ Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di prono supinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
▪ Anchilosi completa coxo–femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
▪ Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo–femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
▪ Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
▪ Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
▪ Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
▪ Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
▪ Perdita dell'avampiede alla linea tarso–metatarso	30%	
▪ Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
▪ Perdita totale del solo alluce	7%	
▪ Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
▪ Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
▪ Anchilosi tibio–tarsica ad angolo retto	20%	
▪ Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per Invalidità Permanente Totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.

E' inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.

5.5 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Qualora l'infortunio subito dall'Assicurato sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia a dare corso all'azione di rivalsa prevista dall'art. 1916 del Codice Civile.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

C SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

COSA ASSICURIAMO

- 6.1** La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato sulla scheda di polizza, **le spese rese necessarie da infortunio e/o da malattia improvvisa** e riferite a prestazioni mediche, farmaceutiche e ospedaliere, che l'Assicurato dovesse sostenere **per cure o interventi urgenti non procrastinabili ricevuti sul posto nel corso del viaggio.**

La Società rimborsa inoltre, nell'ambito del massimale indicato sulla scheda di polizza, le spese per l'acquisto e l'applicazione in loco di apparecchi ortopedici e/o protesici, resi necessari a seguito di sinistro rientrante in garanzia, **fino alla concorrenza di € 520 e le cure dentarie urgenti fino alla concorrenza di € 260.**

COSA NON ASSICURIAMO

- 7.1** L'assicurazione non è operante per le alterazioni dello stato di salute ricollegabili a situazioni patologiche preesistenti o a infortuni verificatisi precedentemente alla partenza per il viaggio, nonché per le malattie della gravidanza e i ricoveri per parto e puerperio.

La Società non rimborsa le spese:

- per prestazioni di carattere estetico, cure termali e dimagranti;
- per prestazioni fisioterapiche sia se eseguite durante il viaggio sia dopo il rientro dal viaggio anche se conseguenti a malattia e/o infortunio verificatosi durante la validità della polizza;
- per occhiali o lenti a contatto;
- per visite di controllo eseguite dopo il rientro dal viaggio per situazioni conseguenti a malattie iniziate e/o infortuni verificatisi durante il viaggio.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

PREMESSA

Blue Assistance è la struttura che provvede per conto della Società alla liquidazione dei sinistri.

8.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia deve essere trasmessa, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede della Società **nel più breve tempo possibile, deve contenere la descrizione e la data del sinistro e deve essere corredata di relativa documentazione medica** (cartelle cliniche, certificati medici ecc.) **e documenti di spesa in originale** (fatture, notule, ricevute) **debitamente quietanzati.**

Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dall'ente pubblico o delle spese rimborsate dall'Assicuratore privato.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

8.2 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione Blue Assistance provvede **entro 30 giorni** alla liquidazione delle spese indennizzabili rimaste a carico dell'Assicurato.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero avviene **alle seguenti condizioni:**

- per le spese in valute dell'area Euro verrà applicata la parità ufficiale;
- per le spese in altre valute verrà applicato il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro USA.

Il rimborso verrà effettuato al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Le spese per i certificati eventualmente richiesti per ogni garanzia restano a carico dell'Assicurato.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

D SEZIONE PERDITA BAGAGLIO

COSA ASSICURIAMO

9.1 Qualora l'Assicurato, in viaggio durante il periodo di validità della polizza, subisca:

- il furto, la rapina, lo scippo del bagaglio;
- la perdita del bagaglio per qualsiasi causa;
- danneggiamenti al bagaglio durante il trasporto;
- ritardata o mancata consegna del bagaglio durante il trasporto aereo;

la Società indennizza i danni materiali e diretti fino alla concorrenza del massimale indicato sulla scheda di polizza per la durata del viaggio e per Assicurato.

La Società rimborsa, in aggiunta al massimale assicurato, **fino a € 104** per Assicurato, le spese documentate sostenute per:

- il rifacimento/duplicazione di passaporto, carta d'identità e patente andati perduti;
- l'acquisto all'estero - regolarmente documentato - di indumenti di prima necessità a seguito di furto del bagaglio o di consegna da parte del vettore trascorse oltre 24 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

COSA NON ASSICURIAMO

10.1 La Società non indennizza i danni:

- a. avvenuti in occasione di incendi, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- b. causati da guerre, insurrezioni, occupazioni militari, sabotaggio organizzato, confische, requisizioni, distruzioni o danneggiamenti per ordine di qualsiasi Governo o Autorità di fatto o di diritto;
- c. determinati o agevolati da dolo o colpa grave dell'Assicurato.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

11.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato deve darne, appena possibile, avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede della Società **ed allegare alla denuncia del sinistro:**

- in caso di rottura le fatture di riparazione o **la dichiarazione d'irrimediabilità**, rilasciata da rivenditori o riparatori;
- in caso di furto, scippo o rapina **copia della denuncia sporta** alle locali Autorità Giudiziarie o di Polizia o alle competenti Autorità come sotto specificato.

In caso di sinistro avvenuto nel corso del tragitto aereo (danni, rotture, ammanchi, ritardata o mancata riconsegna), **l'Assicurato deve effettuare immediata denuncia presso l'apposito ufficio** (Lost and Found) facendosi rilasciare il rapporto d'irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report).

Deve altresì inoltrare reclamo scritto al Vettore Aereo trasmettendo alla Società la definitiva risposta del Vettore stesso attestante la ritardata consegna (con indicazione del giorno e dell'ora della riconsegna), la conferma del danno subito o il mancato ritrovamento.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

In caso di furto, scippo o rapina in aeroporto l'Assicurato deve sporgere regolare denuncia al competente ufficio di Polizia dell'aeroporto.

In caso di furto, scippo o rapina in altri luoghi l'Assicurato deve sporgere regolare denuncia alle Autorità Giudiziarie o di Polizia.

11.2 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Ricevuta la necessaria documentazione la Società provvede all'indennizzo **che viene calcolato tenuto conto del valore a nuovo** (costo di rimpiazzo di ciascun bene con altro nuovo od equivalente per rendimento economico).



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

E SEZIONE ANNULLAMENTO VIAGGIO

COSA ASSICURIAMO

12.1 La garanzia vale dalla data di prenotazione del viaggio fino al giorno di partenza dell'Assicurato stesso. La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato sulla scheda di polizza per Assicurato, **le penalità di annullamento, compresa l'eventuale tassa di iscrizione**, ai sensi del contratto di viaggio, o **le caparre corrisposte dall'Assicurato**, qualora il contratto di viaggio **venga annullato per una delle seguenti circostanze imprevedibili e non preesistenti al momento della sua sottoscrizione:**

- decesso, malattia o infortunio dell'Assicurato o del compagno/a di viaggio, purché iscritto contemporaneamente all'Assicurato stesso. Per malattia e infortunio, ai fini della presente garanzia, si intendono solo quelli che, come certificato dal medico curante, rendano necessario il ricovero o comunque impossibile la partenza;
- decesso, malattia o infortunio delle persone sotto indicate:
 - familiari conviventi che risultano iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia dell'Assicurato al momento del sinistro (escluso i domestici);
 - genitori, fratelli/sorelle, figli/e, suoceri/e, generi, nuore, nonni/e, zii/e, nipoti e cognati/e dell'Assicurato stesso. Le malattie e gli infortuni dei predetti familiari non conviventi con l'Assicurato devono rendere necessario il ricovero o essere, come certificato dal medico curante, di tale gravità da rendere necessaria la presenza dell'Assicurato stesso per l'assistenza all'ammalato o all'infortunato;
- danni materiali all'abitazione, all'azienda o allo studio professionale dell'Assicurato o decesso del titolare della stessa azienda o studio professionale, che rendano indispensabile e indifferibile la presenza dell'Assicurato;
- impossibilità di raggiungere il luogo di partenza a seguito di gravi calamità o cause di forza maggiore debitamente comprovate;
- convocazione da parte della Pubblica Autorità;
- furto dei documenti necessari al viaggio quando sia comprovata l'impossibilità materiale per il loro rifacimento;
- motivi di lavoro dipendenti da assunzione o licenziamento.

SCOPERTO

L'assicurazione è prestata fino alla concorrenza del massimale assicurato indicato nella scheda di polizza **con uno scoperto, per il solo caso di malattia senza ricovero, pari al 20% da calcolarsi sulla penale applicata.**

COSA NON ASSICURIAMO

13.1 La garanzia non è operante:

- per rinunce dovute a incompleta, non idonea o carente documentazione necessaria al viaggio, quale carta d'identità, passaporto, visti, permessi di espatrio, ecc.;
- qualora la polizza sia stata sottoscritta dopo i cinque giorni successivi alla data della stipula del contratto di viaggio o nei dieci giorni precedenti la partenza. In tale caso l'Assicurato avrà diritto al solo rimborso del premio, escluse le imposte.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

14.1 RIMBORSO DELLA PENALE DI ANNULLAMENTO

La Società rimborsa la penale di annullamento prevista dal contratto di viaggio alla data in cui si è manifestato l'evento che ha dato origine alla rinuncia.

Nel caso in cui l'Assicurato non comunichi la rinuncia all'Operatore turistico il giorno stesso dell'evento che ha dato origine alla rinuncia stessa, l'eventuale maggiore percentuale di penale rispetto a quella applicabile il giorno dell'evento sarà addebitata per intero all'Assicurato stesso solo in presenza di un ritardo nella comunicazione superiore a 3 giorni lavorativi.

14.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve darne, appena possibile, avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede della Società **e allegare alla denuncia del sinistro:**

- **documentazione originale attestante la motivazione dell'annullamento** (l'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta della Società, liberando i suoi medici dal segreto professionale, il certificato medico rilasciato dal medico curante o la cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria);
- **copia del contratto di viaggio** se perfezionato e relativa **copia della ricevuta del pagamento della penale;**
- **copia della ricevuta del pagamento effettuato per il pacchetto turistico;**
- **copia dell'estratto conto di addebito della penalità di annullamento.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

F SEZIONE RITIRO PATENTE

COSA ASSICURIAMO

- 15.1** La Società riconosce all'Assicurato un'indennità giornaliera nella misura indicata nella scheda di polizza a seguito di ritiro, sospensione o revoca della patente, ai sensi di quanto previsto dal Codice della Strada per:
- **lesioni colpose od omicidio colposo in conseguenza di incidente stradale;**
 - **danni gravi (comma 7 dell'art. 80 del Codice della Strada) a veicoli, in conseguenza di incidente stradale.**

La Società può recedere dalla garanzia nel caso di modifiche delle norme di legge.
L'assicurazione vale in Italia.

COSA NON ASSICURIAMO

- 16.1** La Società non presta la garanzia se:
- **l'incidente di circolazione è dovuto a guida in stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci o da uso di stupefacenti e tale fatto sia stato sanzionato ai sensi degli artt. 186 e 187 del decreto legislativo 30.4.92 n. 285;**
 - **al momento dell'incidente la copertura di responsabilità civile non è operante;**
 - **la sospensione della patente è determinata da fatto doloso del conducente, da sua fuga e/o omissione di soccorso;**
 - **il conducente non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore;**
 - **l'Assicurato non si avvale delle facoltà di ricorso contro il provvedimento di sospensione qualora ne sussistano i presupposti;**
 - **la patente viene revocata per mancanza dei requisiti fisici o psichici o morali. Questa esclusione opera dal giorno in cui la revoca sia stata resa definitiva;**
 - **il veicolo è adibito al trasporto di infiammabili o merci pericolose;**
 - **il veicolo è sprovvisto di cronotachigrafo, se richiesto, o se quest'ultimo non è corrispondente ai requisiti richiesti.**

COME AVVIENE LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

17.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato deve dare, appena possibile, avviso del provvedimento di sospensione all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società, **allegando documenti ufficiali comprovanti il provvedimento; deve altresì avvertire la Società dell'eventuale restituzione della patente**, fornendo la documentazione richiesta per il conteggio dell'indennità.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

17.2 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

L'indennità decorrerà dal giorno successivo a quello del ritiro della patente e cesserà, **fermo il limite massimo pattuito**, il giorno di restituzione o di revoca definitiva.

La Società corrisponderà la somma assicurata a termine del periodo di indennizzabilità; è tuttavia facoltà dell'Assicurato richiedere l'indennità già maturata alla fine di ciascun mese solare. **Qualora prima della stipula della polizza all'Assicurato fossero già stati contestati reati che cumulativamente ad altri facessero scattare detta sospensione, l'indennizzo verrà pagato in proporzione tra il totale di questi ultimi e il numero di quelli contestati precedentemente all'inizio della garanzia.**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

G SEZIONE TUTELA LEGALE

A norma dei Decreti Legislativi 26 novembre 1991, n. 393 e 17 marzo 1995, n. 175 l'ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (in seguito denominata ARAG), con sede in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona,

Telefono 045 829 04 11

Fax 045 829 04 49

a cui l'Assicurato ha la facoltà di rivolgersi direttamente, gestisce i sinistri di Tutela Legale per conto della Società.

COSA ASSICURIAMO

18.1 RISCHIO ASSICURATO

La Società assicura, in sede extragiudiziarie e giudiziaria e nei limiti del massimale convenuto sulla scheda di polizza, l'assistenza legale ed i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'Assicurato nei casi indicati al punto 18.2.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalle tabelle dei compensi previste per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo nel caso in cui la mediazione sia prevista obbligatoriamente per legge;
- le spese peritali in genere (Consulente tecnico - Consulente Tecnico di parte - Periti in genere) purché concordate con ARAG ai sensi del punto 22.3 lett. e;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo punto 22.3 lett. d;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- le spese attinenti l'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi del punto 22.1 lett. c.

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa polizza, la garanzia viene prestata unicamente a favore dell'Assicurato - Contraente.

18.2 CASI ASSICURATI

Sono operanti le garanzie espressamente indicate nella scheda di polizza.

A. Garanzia Circolazione

La garanzia riguarda esclusivamente sinistri concernenti una delle seguenti opzioni:

- 1. il veicolo assicurato espressamente identificato sulla scheda di polizza:** la copertura vale per il proprietario, il locatario in base ad un contratto di leasing, il conducente autorizzato e i trasportati;
- 2. la circolazione stradale di qualsiasi veicolo condotto dall'Assicurato, purché la guida di tale veicolo sia consentita dalla patente dell'Assicurato espressamente indicata nella scheda di polizza:** la copertura vale per l'Assicurato ed i trasportati sul veicolo condotto dall'Assicurato.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Le garanzie valgono per:

- controversie relative a danni a cose e/o persone per fatti illeciti posti in essere da altri soggetti a seguito della circolazione;
- difesa penale per delitto colposo o contravvenzione avvenuti in conseguenza della circolazione; la garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato;
- assistenza nei procedimenti di dissequestro del veicolo assicurato o del veicolo condotto dall'Assicurato in caso di sequestro avvenuto in conseguenza di incidente stradale;
- istanza di modifica del provvedimento di sospensione e/o revoca della patente in conseguenza di incidente stradale. ARAG provvederà su richiesta dell'Assicurato, alla redazione e presentazione del ricorso purché l'Assicurato faccia pervenire ad ARAG il provvedimento in originale entro 5 giorni dalla data di notifica dello stesso.

B. Garanzia Viaggi

La garanzia viene prestata all'Assicurato o agli Assicurati indicati sulla scheda di polizza e riguarda esclusivamente i sinistri concernenti fatti inerenti il periodo di viaggio indicato nella scheda di polizza.

Le garanzie valgono per:

- l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona e/o cosa subiti per fatti illeciti di terzi;
- la difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

COSA NON ASSICURIAMO

19.1 DELIMITAZIONI

La Società non presta la garanzia:

- a. **per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;**
- b. **per il pagamento degli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere);**
- c. **per fatti dolosi degli Assicurati;**
- d. **per vertenze in materia fiscale ed amministrativa;**
- e. **per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;**
- f. **se il Conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diversi da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi di cui alla legge 21.12.1969 n. 990 e successive modificazioni;**
- g. **nei casi di guida sotto l'influenza dell'alcool (art. 186 Codice della Strada) o per guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti (art. 187 Codice della Strada) o per violazione dell'art. 189, comma 1, Codice della Strada (comportamento in caso di incidente);**
- h. **per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove con veicoli a motore, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;**
- i. **per controversie di natura contrattuale;**
- j. **per fatti conseguenti a tumulti popolari, atti di guerra, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;**
- k. **per controversie derivanti dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;**
- l. **per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;**
- m. **per controversie con la Società.**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

QUANDO ASSICURIAMO

20.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

La Società presta la garanzia per le controversie determinate da fatti verificatisi dalle ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione e che siano stati **denunciati entro 12 mesi dalla cessazione della polizza**.

Per inizio del sinistro si intende il momento:

- del verificarsi dell'evento che ha originato il diritto al risarcimento, per il recupero di danni extracontrattuali;
- in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge per tutte le restanti ipotesi.

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

Si considerano a tutti gli effetti unico sinistro:

- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

DOVE ASSICURIAMO

21.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Garanzia A - Circolazione:

- nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale **l'assicurazione vale per i sinistri che insorgono in Europa o nei Paesi del bacino del Mediterraneo** sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori;
- in tutte le altre ipotesi **la garanzia vale per i sinistri che insorgono e devono essere trattati in Italia**.

Garanzia B - Viaggi:

L'assicurazione è valida nel mondo intero.

GESTIONE DEL SINISTRO

22.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

- a. **L'Assicurato, nel momento in cui si è verificato il sinistro** o ne abbia avuto conoscenza, **deve dare tempestivo avviso scritto** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Sede della Società o ad ARAG.
- b. **In ogni caso deve far pervenire** all'Agenzia od alla Sede della Società o ad ARAG **notizia di ogni atto a lui notificato**, entro 10 giorni dalla data della notifica stessa.
- c. Contemporaneamente alla denuncia **l'Assicurato ha il diritto di indicare** alla Società, anche nel caso di conflitto di interessi con la stessa e con ARAG, **un unico Legale** residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per il sinistro.
- d. **In caso di omissione di tale indicazione**, se non sussiste conflitto di interessi con la Società e con ARAG, quest'ultima **si intende delegata a provvedere direttamente alla nomina di un Legale al quale l'Assicurato deve conferire mandato**.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

22.2 FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- **informare immediatamente** l'Agenzia o la Sede della Società o ARAG **in modo completo e veritiero** di tutti i particolari del sinistro, nonché **indicare i mezzi di prova e documenti**, e, su richiesta, metterli a disposizione;
- **conferire mandato al legale incaricato** della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

22.3 GESTIONE DEL SINISTRO

- a. Ricevuta la denuncia del sinistro, ARAG si adopera per realizzarne una bonaria definizione;
- b. ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini del punto 22.1;
- c. la garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile sia penale soltanto se l'impugnazione presenti possibilità di successo;
- d. l'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria sia giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG;
- e. l'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di periti in genere viene concordata con ARAG;
- f. ARAG così come la Società, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere;
- g. in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e la Società e/o ARAG, la decisione può essere demandata, con esclusione delle vie giudiziarie, ad un arbitro designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile;
- h. ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

22.4 RECUPERO DI SOMME

Tutte le somme recuperate o comunque liquidate dalla controparte, a titolo di capitale ed interessi, spettano integralmente all'Assicurato. **Gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente vanno invece a favore di ARAG che le ha sostenute o anticipate.**



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

H SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato, che si trova in difficoltà durante il periodo di validità della polizza o che necessiti d'informazioni in ambito sanitario, la Società mette a disposizione il servizio "BLUE SERVICE" che è caratterizzato dalle seguenti prestazioni e servizi.

Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare Blue Assistance, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile a mezzo telefono:

DALL'ITALIA



DALL'ESTERO

+39 011 742 55 99

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

SERVIZI DI BASE

(operanti qualora venga acquistata almeno una garanzia di Assistenza)

CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

Blue Assistance mette a disposizione il proprio servizio di guardia medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare.

Non verranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.

RETE DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Qualora l'Assicurato richieda informazioni e prenotazioni su strutture sanitarie, Blue Assistance mette a disposizione il proprio servizio di informazioni e prenotazioni presso le strutture sanitarie con essa convenzionate.

Il costo delle eventuali prestazioni è a carico dell'Assicurato, che usufruisce di tariffe preconcordate e scontate.

SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato si trovi all'estero e richieda una visita specialistica, Blue Assistance provvede a segnalare il nominativo di un medico il più vicino possibile al luogo in cui si trova l'Assicurato.

COLLEGAMENTO CONTINUO CON LA STRUTTURA SANITARIA

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, a seguito d'infortunio o malattia, debba essere ricoverato d'urgenza in una struttura sanitaria ed i suoi familiari richiedano d'essere informati sulle sue condizioni, Blue Assistance provvede ad effettuare un collegamento telefonico diretto tra i propri medici di guardia ed il medico curante sul posto.

Le notizie cliniche saranno poi comunicate telefonicamente alla famiglia dell'Assicurato.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

COSA ASSICURIAMO

Sono operanti le garanzie esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

A. GARANZIA ASSISTENZA PIÙ

INVIO DI UN MEDICO GENERICO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica urgente presso la propria residenza nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, Blue Assistance, **nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.**

Qualora nessuno dei medici convenzionati con Blue Assistance sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

La prestazione viene fornita gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo. Per ogni evento successivo la garanzia opera con un diritto di chiamata di € 10 per evento.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova ad una struttura sanitaria o da questa alla sua residenza, Blue Assistance, **nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede all'invio.**

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per evento.

TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato, Blue Assistance, **nel caso che i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:**

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata;
- organizzare i contatti medici;
- organizzare il trasferimento dell'Assicurato con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, **qualora questi non siano ritenuti necessari**, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo: aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo), aereo di linea (eventualmente barellato), autoambulanza, treno o altri mezzi adatti alla circostanza;
- organizzare i contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di malattie in atto al momento della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di malattie manifestatesi e/o di infortuni occorsi prima della partenza, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcoolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

B. GARANZIA ASSISTENZA IN VIAGGIO

INVIO DI UN MEDICO GENERICO IN VIAGGIO

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica urgente in Italia **al di fuori del proprio comune di residenza**, Blue Assistance, **nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.**

Qualora nessuno dei medici convenzionati con Blue Assistance sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.



NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ASSISTENZA MEDICA GENERICA PER MINORI O PORTATORI DI HANDICAP

Qualora, nel corso di un viaggio dell'Assicurato, la persona incaricata della custodia dei suoi figli minori o di persone portatori di handicap, non in viaggio, richieda per loro una visita medica urgente in Italia nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24, Blue Assistance, **nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario**, provvede ad inviare un medico.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con Blue Assistance sia immediatamente disponibile la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con la persona incaricata della custodia dei figli, il loro trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza ed il successivo rientro alla loro residenza.

VIAGGIO DI UN FAMILIARE CON SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia ricoverato in una struttura sanitaria e **non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero** e richieda, in assenza di un familiare maggiorenne sul posto, di essere raggiunto da questi, Blue Assistance:

- mette a disposizione del familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe) o in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per il familiare un albergo. **La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.**

ASSISTENZA A FIGLI MINORI

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, sia nell'impossibilità d'occuparsi di figli minori che viaggiano con lui, Blue Assistance:

- mette a disposizione di una persona, incaricata di prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- prenota per la persona incaricata un albergo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero in una struttura sanitaria e vi sia la richiesta di un interprete per favorire il contatto e lo scambio d'informazioni tra l'Assicurato stesso ed i medici curanti, Blue Assistance, **compatibilmente con le disponibilità locali**, provvede a reperirlo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato.

PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, come certificato dal medico curante, sia costretto a prolungare la sua permanenza oltre la data prevista per il ritorno, Blue Assistance provvede a prenotargli un albergo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 520 per Assicurato e solo per il costo relativo alla camera ed alla prima colazione.

L'Assicurato è tenuto a fornire, a richiesta di Blue Assistance ed al massimo entro 30 giorni, il certificato medico rilasciato sul posto dal medico curante.

ANTICIPO DI SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, debba sostenere spese impreviste a seguito di malattia o di infortunio o anche a seguito di furto, rapina, scippo o mancata consegna del bagaglio, Blue Assistance provvede a pagare per suo conto, **a titolo di prestito senza interessi**, le spese giustificate da idonea documentazione **fino alla concorrenza di € 2.600 per Assicurato.**

Poiché tale pagamento rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato o altra persona che agisca in sua vece deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate da Blue Assistance, per la restituzione dell'anticipo.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Al rientro alla propria residenza l'Assicurato è tenuto a rimborsare a Blue Assistance la somma anticipata al massimo entro 30 giorni dalla richiesta di restituzione.

RIENTRO SANITARIO

Qualora nel corso di un viaggio a seguito di malattia o infortunio vi sia la richiesta di trasferire l'Assicurato presso la sua stessa residenza o in una struttura sanitaria prossima alla sua residenza idonea a garantirgli cure specifiche, Blue Assistance, **nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario**, provvede a:

1. organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra:
 - aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);
 - aereo di linea (eventualmente barellato);
 - autoambulanza;
 - treno;
 - altri mezzi adatti alla circostanza;
2. fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di malattie in atto al momento della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di malattie manifestatesi e/o di infortuni occorsi prima della partenza, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, perché convalescente a seguito di un ricovero, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, Blue Assistance, **nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario** provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza od altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

RIENTRO ANTICIPATO PER DECESSO DI UN FAMILIARE O DI UN CONTITOLARE DELL'AZIENDA O STUDIO PROFESSIONALE

Qualora, nel corso di un viaggio dell'Assicurato, deceda un suo familiare (coniuge/convivente, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora) od un contitolare della sua azienda o del suo studio professionale e **sia indispensabile ed indifferibile la presenza dell'Assicurato sul posto di lavoro**, Blue Assistance provvede a mettergli a disposizione un biglietto, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto, per recarsi nel luogo dov'è avvenuto il decesso o dove avviene l'inumazione o per rientrare alla propria residenza.

L'Assicurato è tenuto a fornire, su richiesta di Blue Assistance ed al massimo entro 30 giorni, il certificato di morte rilasciato dall'anagrafe.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

RIENTRO DEI PASSEGGERI TRASPORTATI

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio come conducente di un autoveicolo, sia ricoverato in una struttura sanitaria e **non possa essere dimesso entro 5 giorni dalla data del ricovero e qualora nessuno dei passeggeri a bordo sia in grado di sostituirlo alla guida**, Blue Assistance provvede a mettere a disposizione un biglietto in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto a favore:

- a. degli stessi passeggeri per rientrare alla loro residenza;
- b. di una persona indicata dall'Assicurato o dai suoi familiari per recuperare l'autoveicolo.

La prestazione opera fino alla concorrenza di € 260 per Assicurato per trasferimenti sul territorio nazionale e di € 1.560 dall'estero. Sono escluse le spese di soggiorno e qualsiasi altra spesa.

RIENTRO FUNERARIO

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, Blue Assistance provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto a tutte le formalità.

Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio d'essere inumato sul posto, Blue Assistance mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

C. GARANZIA ASSISTENZA SPECIALE IN CASA

Le garanzie sotto riportate operano gratuitamente 5 volte per ogni Assicurato e per ogni anno assicurativo. Per ogni evento successivo le garanzie operano con un diritto di chiamata di € 10.

PRELIEVO DI CAMPIONI D'ANALIZZARE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), Blue Assistance, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni d'analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, Blue Assistance provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura od autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

EFFETTUAZIONE DI RADIOGRAFIE ED ECOGRAFIE

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di una radiografia e/o di una ecografia, Blue Assistance, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede ad organizzare l'effettuazione dell'esame diagnostico e la successiva consegna del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, Blue Assistance provvede ad organizzare, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura od autoambulanza.

Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'Assicurato, nei trenta giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato richieda un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, Blue Assistance, **nel caso che i propri medici di guardia lo valutino necessario**, provvede a erogare il servizio, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento**.

INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, ricoverato in una struttura sanitaria, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza infermieristica presso la propria residenza, Blue Assistance provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento**.

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato, ricoverato in una struttura sanitaria, al momento della dimissione richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, Blue Assistance provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 520 per evento**.

COSA NON ASSICURIAMO

23.1 DELIMITAZIONI

La Società non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- a. guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
- b. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- c. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
- d. atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e. infortuni derivanti dalla pratica di:
 - sport aerei in genere;
 - partecipazione a gare (e relative prove) con veicoli o natanti a motore.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.

GESTIONE DEL SINISTRO

24.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato deve contattare immediatamente Blue Assistance e deve inoltre:

- a. fornire ogni informazione richiesta;
- b. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti da Blue Assistance;
- c. produrre, se richiesto da Blue Assistance, **copia della cartella clinica completa**, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'avvenimento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

24.2 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite od usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, circostanza fortuita ed imprevedibile o disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

24.3 RESTITUZIONE DI BIGLIETTI DI VIAGGIO

La Società ha il diritto di richiedere all'Assicurato o chi per esso l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato, nel caso in cui Blue Assistance abbia provveduto al suo rientro.

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutitaliana@italiana.it



ITALIANA
ASSICURAZIONI
PARLACI DI TE.

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.u. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.