



Multiassistenza Plus Basic

Condizioni Generali

CONDIZIONI PARTICOLARI – MULTIASSISTENZA PLUS BASIC

Della polizza con numero ITB03-A18-01C1 nella che Intermundial XXI s.l Broker Assicurativo, con sede legale a Madrid in calle Irun 7 28008 Spagna CIF B-81577231, N. Registro delle imprese di Madrid M-180294 e succursale in Italia in Piazza della Repubblica, 32 - 20124 Milano - p.iva 07579270963 - c.f. 97601340157, debitamente autorizzata all' esercizio dell' attività di intermediazione assicurativa nel territorio della Repubblica Italiana in un regime di stabilimento e libera prestazioni di servizi ed ed iscritta all' Elenco degli Intermediari dell' Unione Europea tenuto dall' I.S.V.A.P. con il n. J – 1541 e codice UE00007640.

I premi assicurativi non sono validi per viaggi in crociera.

AMBITO TERRITORIALE: LOCALE / CONTINENTALE / MONDIALE

Per un assicurato con residenza abituale in Italia, e di nazionalità italiana, l'ambito territoriale della copertura di Responsabilità Civile privata sarà quello di tutto il Mondo. Per un Assicurato nazionalità non italiana, la garanzia di Responsabilità Civile sarà valida esclusivamente per i sinistri verificatisi in Italia.

VALIDITÀ TEMPORALE: MODALITÀ TEMPORALE: Fino a 50 giorni

GARANZIE:

Sono oggetto della presente assicurazione gli articoli sottoscritti nel seguente quadro di garanzie con i seguenti limiti espressi.

6. GARANZIELIMITI**6.1. GARANZIE DI ASSISTENZA****6.1.1. Assistenza medica e sanitaria**

Mondiale	Fino a €9.000
Continentale	Fino a €3.000
Locale.....	Fino a €1.000
Spese mediche dentali	Fino a €60

6.1.2. Trasferimento di un familiare in caso di ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni Fino a €600

Spese di soggiorno	Fino a €750 (€75 x 10 giorni)
--------------------------	-------------------------------

6.1.3. Convalescenza in albergo Fino a €750 (€75 x 10 giorni)**6.1.4. Rimpatrio o trasporto sanitario di feriti o malati** €1.000.000**6.1.5. Rimpatrio o trasporto dell'Assicurato defunto.....** €1.000.000**6.1.6. Rimpatrio o trasporto di accompagnatori** €1.000.000**6.1.7. Rientro anticipato per il decesso o ricovero ospedaliero di un familiare** €1.000.000**6.1.8. Invio di medicinali all'estero.....** Incluso**6.1.9. Anticipo di fondi monetari all'estero** Fino a €2.000**6.1.10. Trasmissione di messaggi urgenti** Incluso**6.2.GARANZIE DI BAGAGLI****6.2.1. Furto- con violenza, perdita e danni materiali ai bagagli**

Mondiale	Fino a €500
Continentale.....	Fino a €350
Locale.....	Fino a €250

6.2.2. Ritardo nella consegna dei bagagli fatturati (€150 a partire da 12 ore e €100 per ogni 24 ore)..... Fino a €250**6.2.3. Ricerca, localizzazione e spedizione dei bagagli persi** Incluso**6.3.GARANZIE DI RITARDI E PERDITA DEI SERVIZI****6.3.1. Spese occasionate dall'overbooking o cambio di servizi inizialmente contrattati:**

Per la partenza di un mezzo di trasporto alternativo non previsto (Fino €50/per giorno)	Fino a €200
---	-------------

6.3.2. Spese occasionate dalla perdita di coincidenze (superiori a 4 ore di ritardo) Fino a €300**6.3.3. Spese occasionate dal ritardo nella partenza del mezzo di trasporto (€50 ogni 6 ore)** Fino a €300**6.4. GARANZIE DI INFORTUNI****6.4.1. Infortuni personali dovuto a incidente in viaggio 24 ore**

Morte	Fino a €15.000
Invalidità	Fino a €15.000

6.5. RESPONSABILITÀ CIVILE**6.5.1. Responsabilità Civile Privata (Franchigia €100)** €50.000

Quando l'assicurato si trovi a bordo di qualsiasi tipo di veicolo terrestre, marittimo o aereo, l'Assicuratore non sarà obbligato alla prestazione di nessun tipo di servizio, che presterà invece quando l'Assicurato si trovi sulla terra ferma.

Restano esclusi dalle coperture della presente polizza quei paesi che durante il viaggio o trasferimento dell'Assicurato sono in stato di guerra o in stato di assedio, insurrezione o conflitto bellico di qualsiasi tipo o natura, anche se non ufficialmente dichiarato, e quei paesi che figurano specificatamente nella ricevuta o nelle Condizioni Particolari.

Rimane espressamente stabilito che gli obblighi dell'Assicuratore derivanti dalle coperture di questa polizza terminano dal momento in cui l'Assicurato rientra nel proprio domicilio abituale o viene ricoverato in un centro sanitario sito a una distanza massima di 20 km dal suddetto domicilio.

PRESTAZIONE DEI SERVIZI:

La prestazione dei servizi previsti in questa polizza sarà fornita dall'ASSICURATORE.

Agli effetti della prestazione urgente di servizi, l'ASSICURATORE fornirà all'ASSICURATO la documentazione accreditativa dei suoi diritti come titolare, nonché quella relativa alle istruzioni e il numero di telefono per le urgenze.

Il numero di telefono dell'ASSICURATORE è 0230510118 se si chiama dall'Italia, e +39 0230510118, se si chiama dall'estero, con possibilità di addebito al destinatario.

L'Assicuratore rimborserà soltanto le chiamate effettuate al telefono di assistenza +39 0230510118, le altre chiamate effettuate o ricevute dagli collaboratori e quelle relative alle operazioni di assistenza sono espressamente escluse.

Mana Underwriting Ltd, agendo in nome e per conto di alcuni Sindacati dei Lloyd's

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'A' followed by a horizontal line and a diagonal slash.

Arturo Moreno
CEO Mana Underwriting Ltd.

CONDIZIONI GENERALI – MULTIASSISTENZA PLUS BASIC

Si richiama l'attenzione del contraente e dell'assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

GLOSSARIO

Nel presente contratto si intende per:

ASSICURATO:

La persona fisica proprietario dell'oggetto dell'assicurazione e, in mancanza del CONTRAENTE, colui che assume le obbligazioni derivanti dal contratto. Questa polizza è valida per assicurare persone minori di 80 anni con nazionalità italiana e/o diversa nazionalità ma residenti legalmente in Italia.

ASSICURATORE:

Il Soggetto che si assume il rischio definito nella polizza.

Impresa autorizzata in Italia all'esercizio dell'attività assicurativa o impresa di assicurazione con sede legale in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia o aderente allo Spazio Economico Europeo, abilitata a esercitare l'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento o di libera prestazione di servizi.

L'ASSICURATORE principale di questa polizza è il Sindacato del Lloyd's 609 noto come Atrium insieme ad altri sindacati del Lloyd's, ha sede in One Lime Street, EC3M 7HA, Londra, Regno Unito. I Membri Sottoscrittori di Lloyd's sono autorizzati all'esercizio dell'attività assicurativa secondo il diritto inglese. L'associazione dei Membri Sottoscrittori denominata Lloyd's svolge l'attività in Italia in regime di libera prestazione di servizi (iscritta nell'elenco IVASS al n. II.00018 delle imprese di assicurazione con sede legale in un altro Stato membro, autorizzato ad esercitare l'attività in Italia in regime di libera prestazione di servizi) e, nel Regno Unito, è soggetta al controllo dell'autorità di vigilanza prudenziale, residente in 20 Moorgate, Londra, 6DA.

BENEFICIARIO:

La persona fisica o giuridica che, dopo la cessione dall'ASSICURATO, detiene il diritto all'indennizzo. In caso di morte dell'ASSICURATO e in assenza di designazione espressamente fornita da esso, si seguirà il seguente ordine di prelazione, preferente ed escludente: 1-coniuge non legalmente separato al momento del decesso. 2- figli. 3- genitori. 4-fratelli. 5 - eredi legittimi.

CONSUMATORE:

È la persona fisica che agisce per scopi estranei all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

CONTRAENTE:

La persona fisica o giuridica che sottoscrive con l'ASSICURATORE il contratto di assicurazione, a cui corrispondono gli obblighi derivanti dello stesso, fatta eccezione di quelli che per loro natura devono essere soddisfatti dall'ASSICURATO.

CONTRATTO D'ASSICURAZIONE:

Il contratto in forza del quale l'ASSICURATORE assume, nei limiti, termini e condizioni ivi previsti, i rischi nello stesso specificati.

COVERHOLDER:

Questa polizza assicurativa è sottoscritta da Mana UW Ltd. coverholder britannico con sede in " St. Clare House, 30-33 Minories, Londra EC3N 1PE, Regno Unito", intermediario dell'Unione Europea, Autorità di vigilanza : FINANCIAL CONDUCT AUTHORITY (FCA) - Numero di registrazione Stato d'origine: 605597, per conto di alcuni sindacati di Lloyd.

CONDIZIONE MEDICA PREESISTENTE:

Qualsiasi condizione medica o dentale, malattia, ferita, difetto o malessere (diverso da raffreddori comuni o influenza):

- a) Per la quale si è ricevuta consulenza o trattamento (medicazione compresa), oppure che sia stata oggetto di o per la quale sia stato prescritto uno studio nei 12 mesi prima dell'emissione della polizza (per Un Solo Viaggio), o nei 12 mesi prima della prenotazione del viaggio (per un Viaggio-Multiplo Annuale); e/o
- b) Che sia di natura ricorrente o continua o qualsiasi complicanza direttamente attribuibile alla stessa; e/o
- c) Di cui la PARTE ASSICURATA è consapevole, o dei cui sintomi è consapevole, o ci si potrebbe ragionevolmente aspettare che sia consapevole al momento della richiesta di stipulazione di questa assicurazione.

DISACCORDO NEL VALUTARE IL GRADO D'INVALIDITÀ:

Qualora le parti si mettessero d'accordo sull'importo e la forma dell'indennizzo, l'ASSICURATORE dovrà pagare la somma convenuta. In caso di discordanza si atterrà a quanto disposto nel Codice della Assicurazioni Private.

FAMILIARI:

Saranno considerati Familiari dell'ASSICURATO, il coniuge o il compagno/a o il/la convivente more uxorio che come tale conviva permanentemente con l'ASSICURATO, ascendenti o discendenti di primo o secondo grado, genitori, figli, nonni, nipoti da parte dei nonni, fratelli, cognati, generi, nuore o suoceri di entrambi, minori di 85 anni.

FONDI DEI MEMBRI PRESSO LLOYD'S: i fondi depositati e detenuti in via fiduciaria presso Lloyd's a garanzia dei contraenti e per sostenere l'attività assuntiva di rischi complessiva di un membro

FRANCHIGIA:

Importo prestabilito che, in caso di Sinistro, rimane a carico dell'ASSICURATO. Tale importo va a ridurre l'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che sarebbe spettato se tale franchigia non fosse esistita.

FURTO CON VIOLENZA:

Nel presente contratto si intende per furto la sottrazione e/o l'impossessamento di un bene mobile di proprietà altrui mediante l'uso della violenza sulla cosa o sulla persona. **È esplicitamente escluso il furto senza violenza contro le persone o le cose.** Nelle condizioni generali e specifiche verrà definito "furto".

INFORTUNIO:

Si intende per infortunio la lesione personale derivante da una causa violenta, improvvisa, esterna e estranea alla volontà dell'ASSICURATO, che produca invalidità permanente, e totale o parziale, o la morte.

INFORTUNIO GRAVE:

Ogni infortunio che dipenda da una causa violenta, improvvisa, esterna alla volontà dell'assicurato, le cui conseguenze gli impediscano di spostarsi normalmente dalla sua residenza abituale.

Quando l'incidente colpisce qualsiasi persona diversa dall'ASSICURATO, deve intendersi come grave se implica, dopo aver stipulato l'assicurazione, il ricovero ospedaliero o la necessità di riposo a letto, e comporta a giudizio medico la cura continua di operatori sanitari o personale dedicato, previa prescrizione medica entro dodici giorni prima dell'inizio del viaggio.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

Si intende per invalidità permanente la perdita organica o funzionale degli arti e le facoltà dell'ASSICURATO la cui intensità si descrive in queste CONDIZIONI GENERALI, e il cui recupero non è considerato probabile per la consulenza di esperti medici nominati a norma di legge.

MALATTIA GRAVE:

Alterazione della salute, comprovata da un medico, che richieda al malato di rimanere a letto, che comporti la cessazione di ogni attività professionale e privata, entro trenta giorni prima del viaggio previsto.

Quando la malattia colpisce una persona diversa dall'ASSICURATO, deve intendersi come grave, qualora implichi, dopo la stipula dell'assicurazione, il ricovero ospedaliero o la necessità di riposo a letto e comporti, secondo il parere di un medico professionista, cure continue da parte di personale sanitario dedicato o da parte delle persone a ciò designate, previa prescrizione medica entro dodici giorni prima dell'inizio del viaggio.

MASSIMALE:

L'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'ASSICURATORE in forza del Contratto d'Assicurazione.

OGGETTI DI VALORE:

Prodotti e apparecchiature per uso professionale, gioielli, intendendo come tali l'insieme di oggetti di oro, platino, perle o pietre preziose; monete, banconote, biglietti di viaggio, collezioni di francobolli, titoli di qualsiasi natura, carte d'identità e, in generale, tutti i titoli cartacei e, carte di credito, nastri e / o dischi di memoria, documenti registrati su nastri magnetici o filmati; oggetti di valore intesi come l'insieme di argenteria, quadri, opere d'arte, e tutti i tipi di collezioni d'arte, come pelletterie di valore; protesi, occhiali, lenti a contatto; attrezzature sportive; dispositivi di telefonia, elettronici, digitali, materiali informatici di qualsiasi tipo, inclusi tutti accessori.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE:

Con il presente contratto di assicurazione di Assistenza di Viaggio, l'ASSICURATO che si sposta all'interno del territorio coperto, ha diritto alle diverse prestazioni che compongono il sistema di protezione per il viaggiatore.

POLIZZA:

Il documento contrattuale che contiene le Condizioni Regolatrici dell'Assicurazione. Sono parte integrante dello stesso documento le CONDIZIONI GENERALI, quelle PARTICOLARI che individuano il rischio e i supplementi o appendici rilasciati per completarlo o modificarlo.

PREMIO:

Prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dalla compagnia. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia stessa.

Il prezzo di assicurazione sarà diverso a seconda delle diverse aree di copertura, da determinare nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza.

La ricevuta conterrà anche le tasse e le imposte applicabili per legge.

RICOVERO OSPEDALIERO: Registro di una persona in qualità di paziente in un ospedale, con una durata minima del ricovero di 24 ore o che pernotti e realizzi un pasto principale nel centro medico.

SCHEDA DI POLIZZA (O CERTIFICATO):

Il documento allegato al Contratto d'Assicurazione che contiene i dati del Contraente e dell'ASSICURATO, il Massimale, i Sottolimiti, la decorrenza, il premio, i Sindacati il cui membro o membri hanno accettato di assumere il rischio coperto dal Contratto d'Assicurazione, gli eventuali altri dettagli del Contratto d'Assicurazione.

SCOPERTO: Importo che rimane a carico dell'Assicurato, espresso in misura percentuale sull'ammontare dell'indennizzo/risarcimento che spetterebbe in assenza dello scoperto stesso;

SINDACATO:

È definito Sindacato il membro di Lloyd's o il gruppo di membri di Lloyd's, che assumono rischi attraverso un agente gestore al quale è attribuito un numero di sindacato dal "Council" di Lloyd's.

SINISTRO:

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

SKIPASS: Con skipass si intende, solo ed esclusivamente, i biglietti di accesso alle piste da sci.

SOMMA ASSICURATA:

Gli importi stabiliti nelle CONDIZIONI PARTICOLARI e GENERALI, il risarcimento massimo erogabile dall'ASSICURATORE in caso di sinistro.

SOTTOLIMITE: l'ammontare che rappresenta l'entità massima dell'obbligazione di pagamento dell'Assicuratore in forza del Contratto d'Assicurazione in relazione ad uno specifico rischio: tale ammontare non si somma a quello del Massimale, ma è una parte dello stesso.

SOSTITUTO PROFESSIONALE:

La persona che fa le veci di un'altra al lavoro o che è al suo servizio, in assenza dell'ASSICURATO, la cui mancanza sul posto di lavoro renda imprescindibile che, l'assunzione dell'incarico o responsabilità, sia in capo all'ASSICURATO.

VIAGGIO:

Ogni spostamento dell'ASSICURATO, dalla partenza al ritorno, alla sua residenza abituale.

1. VIGENZA DEL CONTRATTO

La garanzia del presente contratto entrerà in vigore alle ore 00:00, o dal momento in cui l'ASSICURATO lascia il suo domicilio abituale, il giorno indicato come data di inizio del viaggio, e così come dichiarato dal CONTRAENTE all'ASSICURATORE e terminerà alle ore 24:00 del giorno indicato come fine del viaggio, o dal momento in cui l'ASSICURATO torna alla sua residenza abituale.

Le garanzie saranno vigenti solo mentre l'ASSICURATO viaggia fuori dalla propria residenza abituale a una distanza superiore a 20 km, altrimenti detta "franchigia chilometrica".

2. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione è valida nel territorio descritto nelle CONDIZIONI PARTICOLARI. Considerandosi con carattere generale:

Ambito Locale: Viaggi con partenza e destinazione all'interno del paese di residenza dell'ASSICURATO. Il territorio, per l'Italia, comprende anche la Repubblica di San Marino e il Vaticano.

Ambito Continentale: Viaggi con partenza e destinazione all'interno del continente di residenza dell'ASSICURATO. Per viaggi con partenza dall'Europa, saranno considerati tali anche i viaggi in Russia fino agli Urali e anche verso alcuni paesi mediterranei (Algeria, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Marocco, Palestina, Siria, Tunisia, Turchia e Giordania), ove così specificato nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza.

Ambito Mondiale: viaggi con partenza e/o destinazione fuori dal Continente di residenza dell'ASSICURATO.

Sono esclusi dalla copertura di questa polizza quei paesi che durante il viaggio o lo spostamento dell'ASSICURATO sono in uno stato di guerra o di assedio, insurrezione o conflitto armato di qualsiasi tipo o natura, anche se non ufficialmente dichiarato, e quelli specificamente indicati nelle Condizioni Particolari.

È espressamente convenuto che gli obblighi dell'ASSICURATO, derivanti dalla copertura di questa polizza, terminano nel momento in cui l'ASSICURATO torna al suo domicilio abituale o viene ricoverato in un centro medico situato al massimo a 20 km dal suddetto domicilio.

3. VALIDITÀ TEMPORALE

La durata massima della copertura assicurativa sarà specificata nelle CONDIZIONI PARTICOLARI. In ogni caso, la durata del viaggio ASSICURATO non può superare 50 giorni consecutivi.

4. PAGAMENTO DEI PREMI

Il CONTRAENTE è tenuto a pagare il premio al momento della stipula del contratto.

5. INFORMAZIONI SUI RISCHI

Il CONTRAENTE ha il dovere di dichiarare all'ASSICURATORE, prima della conclusione del contratto, tutte le circostanze a lui note che possono influenzare la valutazione del rischio.

L'ASSICURATORE può recedere dal contratto entro un mese dal momento in cui viene a conoscenza della riserva o inesattezza della dichiarazione del CONTRAENTE.

Durante il periodo di validità del contratto, l'ASSICURATO deve informare l'ASSICURATORE, nel più breve tempo possibile, di tutte le circostanze che modificano il rischio.

Una volta conosciuta una causa di aumento del rischio, l'ASSICURATORE può, entro un mese, proporre una modifica del contratto o procedere alla sua rescissione.

6. GARANZIE COPERTE

L'ASSICURATORE, in caso di insorgenza di un sinistro coperto da questa polizza, garantirà la prestazione dei servizi stipulati ad avvenuta denuncia di tale sinistro, secondo la procedura descritta nella sezione "DENUNCIA DI UN SINISTRO".

Le eventuali garanzie che possono essere richieste sono indicate nei seguenti articoli, mentre quelle effettivamente stipulate saranno segnalate nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza.

6.1. GARANZIE DI ASSISTENZA**6.1.1. ASSISTENZA MEDICA E SANITARIA**

L'ASSICURATORE si farà carico delle spese relative agli interventi di professionisti e centri medici necessarie per la cura dell'ASSICURATO, del malato o del ferito.

Sono espressamente compresi, senza che questo elenco sia considerato esaustivo, i seguenti servizi:

- a) L'assistenza di equipe di medici di emergenza e specialisti;
- b) Esami medici complementari;
- c) Ricoveri ospedalieri, trattamenti e interventi chirurgici;
- d) Somministrazione di farmaci in caso di ricovero o loro rimborso per infortuni o malattie che non richiedono il ricovero in ospedale;
- e) Cura dei problemi dentali acuti, intendendosi come tali quelli che per infezione, dolore o traumi richiedano un trattamento urgente.

A meno che risulti una restrizione diversa dalle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza, le spese mediche dentali sono limitate, in ogni caso, a 60,00 euro, o all'equivalente in valuta locale.

L'assicuratore limiterà qualsiasi spesa medica o trattamento medico sostenuto fino a 12 mesi dalla data dell'infortunio o della malattia che ha dato origine alla necessità di assistenza o di trattamento medico.

L'ASSICURATORE si farà carico delle spese corrispondenti a queste prestazioni, **fino al limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza.**

6.1.2. TRASFERIMENTO DI UN FAMILIARE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

Se lo stato del malato o ferito ASSICURATO richiede il ricovero in ospedale per più di 5 giorni, l'ASSICURATORE fornirà a un parente dell'ASSICURATO, o a una persona da lui indicata, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe turistica) o in treno (prima classe), in modo che possa accompagnarlo.

L'ASSICURATORE pagherà anche le spese di soggiorno dell'accompagnatore dietro presentazione di relative fatture, **fino al limite giornaliero stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza per un periodo massimo di 10 giorni.**

6.1.3. CONVALESCENZA IN ALBERGO

Se l'ASSICURATO malato o ferito non può tornare nella sua residenza abituale, per indicazione medica, l'ASSICURATORE deve coprire le spese dell'albergo per il prolungamento del soggiorno dell'ASSICURATO e di un accompagnatore assicurato da questa polizza, **fino al limite giornaliero indicato nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza, e per un periodo massimo di 10 giorni.**

6.1.4. RIMPATRIO O TRASPORTO SANITARIO DI FERITI O MALATI

In caso di infortunio o malattia sopravvenuta dell'ASSICURATO, l'ASSICURATORE si farà carico:

- a) delle spese di trasferimento in ambulanza al più vicino ospedale o clinica.
- b) del controllo dell'Equipe Medica, in contatto con il medico curante dell'ASSICURATO malato o ferito, per determinare le misure appropriate per il trattamento migliore da seguire ed i mezzi più adatti per il suo eventuale trasferimento in un altro ospedale più idoneo o sino al suo domicilio.
- c) delle spese di trasporto del ferito o malato, con i mezzi più idonei sino all'ospedale prescritto o al suo domicilio abituale.

Il mezzo di trasporto utilizzato in ogni caso sarà deciso dall'equipe medica dell'ASSICURATORE a seconda dell'urgenza e gravità del caso. Solo in Europa, e sempre secondo il criterio del Equipe Medica dell'Assicurato, si potrà usare un volo sanitario appositamente preparato.

Se l'ASSICURATO è ricoverato in un ospedale lontano dalla sua residenza abituale, l'ASSICURATORE pagherà, quando necessario, il successivo trasferimento sino ad esso.

6.1.5. RIMPATRIO O TRASPORTO DELL'ASSICURATO DEFUNTO

In caso di decesso di un ASSICURATO, l'ASSICURATORE organizzerà e si farà carico delle spese di trasporto della salma fino al luogo di sepoltura, nel paese di residenza abituale. Queste spese comprendono anche le spese di sistemazione post-mortem in base alle disposizioni di legge.

Non sono compresi i costi per la sepoltura e per la cerimonia.

L'ASSICURATORE si farà carico del ritorno a casa di un massimo di 1 accompagnatore ASSICURATI, in modo che possano condurre la salma fino al luogo della sepoltura nella residenza abituale.

6.1.6. RIMPATRIO O TRASPORTO DI ACCOMPAGNATORI

Qualora, in applicazione della garanzia "RIMPATRIO O TRASPORTO SANITARIO DI FERITI O MALATI" fosse stato rimpatriato o trasportato uno degli ASSICURATI per malattia o infortunio, l'ASSICURATORE si farà carico del trasporto di massimo 1 accompagnatore, che potranno accompagnare l'ASSICURATO ferito o malato fino alla sua residenza abituale o al luogo di ricovero in ospedale.

6.1.7. RIENTRO ANTICIPATO PER IL DECESO O RICOVERO DI UN FAMILIARE

Qualora uno degli assicurati dovesse interrompere il viaggio a causa del decesso di un membro della famiglia, verificatosi dopo l'inizio del viaggio, l'ASSICURATORE pagherà per il trasporto, in aereo (classe economy) o in treno (1^a classe), sino al luogo di sepoltura.

Qualora uno degli assicurati dovesse interrompere il viaggio a causa del ricovero in ospedale di un membro della famiglia a seguito di un incidente o di una malattia grave che ne richiedesse il ricovero per un periodo di 5 giorni, ed esso si verificasse dopo l'inizio del viaggio, l'ASSICURATORE pagherà il trasporto, in aereo (classe economy) o in treno (1^a classe), sino alla città dove risiede.

Allo stesso modo, l'ASSICURATORE pagherà un secondo biglietto, in aereo (classe economy) o in treno (1^a classe), per il trasporto della persona che durante lo stesso viaggio accompagnava l'ASSICURATO anticipando il suo ritorno, a condizione che questa seconda persona sia assicurata in questa polizza.

6.1.8. INVIO DI MEDICINALI ALL'ESTERO

Nel caso in cui l'ASSICURATO all'estero, avesse bisogno di un farmaco prescritto che non può essere acquistato in quel luogo, l'ASSICURATORE provvederà a trovarlo e inviarlo il più velocemente possibile e in osservanza della legge locale.

Sono esclusi i casi di cessazione della produzione del farmaco e sua irreperibilità nei consueti canali di distribuzione.

L'ASSICURATO dovrà rimborsare all'ASSICURATORE il costo del farmaco, dietro presentazione della prova d'acquisto dello stesso.

6.1.9. ANTICIPO DI FONDI MONETARI ALL'ESTERO

Nel caso in cui l'ASSICURATO non sia in grado di ottenere fondi finanziari con i mezzi inizialmente previsti, come traveller cheque, carte di credito, bonifico bancario o simili, e questo renda impossibile proseguire il suo viaggio, l'ASSICURATORE anticiperà i fondi, **a condizione che gli si anticipi, a sua volta, una fideiussione o garanzia che assicuri il pagamento di quanto avanzato, fino a concorrenza dell'importo stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza. In ogni caso gli importi devono essere restituiti entro un periodo massimo di trenta giorni.**

6.1.10. TRASMISSIONE DI MESSAGGI URGENTI

L'ASSICURATORE si farà carico di trasmettere messaggi urgenti che gli vengano inoltrati dagli ASSICURATI a seguito dei sinistri coperti dalle presenti garanzie.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLE GARANZIE DI ASSISTENZA

Non sono coperti da questa garanzia:

- 1) Le garanzie e i servizi che non sono stati richiesti all'ASSICURATORE e che non sono stati prestati da lui o con il suo accordo, salvo casi di forza maggiore o impossibilità materiale provata;
- 2) I sinistri causati dolosamente dall'ASSICURATO, dal CONTRAENTE, dai BENEFICIARI o dalle persone che viaggiano con l'ASSICURATO;

- 3) I sinistri subiti in guerra, manifestazioni e movimenti popolari, atti di terrorismo e sabotaggio, scioperi, arresti da parte di qualunque autorità per reati non derivanti da incidenti; le restrizioni alla libera circolazione o qualsiasi altro caso di forza maggiore, a meno che l'ASSICURATO dimostri che il sinistro non sia legato a tali eventi;
- 4) Gli infortuni occorsi durante la pratica di attività sportive agonistiche, competizioni ufficiali o private, allenamenti, prove e scommesse.
- 5) I sinistri causati dalle radiazioni da trasmutazione o disintegrazioni nucleari o radioattività, nonché quelli causati da agenti biologici o chimici;
- 6) Il soccorso alpino, mare o nel deserto. Tuttavia, il salvataggio sarà coperto nei termini stabiliti nelle garanzie di "RICERCA E SOCCORSO ASSICURATO" e "SOCCORSO SULLE PISTE" se tali garanzie sono state previste nella stipulazione della polizza.
- 7) I fatti, i disturbi e le malattie croniche o preesistenti, nonché le loro conseguenze, subite dall'ASSICURATO.
- 8) Le malattie e gli infortuni che si verificano nell'esercizio di una professione di natura manuale.
- 9) Il suicidio o malattie e lesioni derivanti dal tentativo o causate intenzionalmente dall'ASSICURATO a se stesso.
- 10) I trattamenti, le malattie o condizioni patologiche causate da ingestione o somministrazione di tossine (droghe), alcool, sostanze stupefacenti o l'uso di farmaci senza prescrizione medica.
- 11) Le spese sostenute per ogni tipo di protesi e ortesi, a eccezione di quelle specificate nelle GARANZIE DI ASSISTENZA.
- 12) Le nascite.
- 13) Le gravidanze a eccezione di complicazioni imprevedibili durante le prime 24 settimane di gestazione.
- 14) Le visite mediche periodiche, i controlli preventivi o pediatrici.
- 15) Le spese mediche o farmaceutiche rese necessarie a seguito di dolo da parte dell'ASSICURATO, o l'abbandono del trattamento che rende prevedibile il deterioramento della salute.
- 16) L'ASSICURATORE non pagherà le spese mediche o farmaceutiche di importo inferiore a € 9,00.
- 17) Le spese di ristorante e albergo, salvo quelle coperte dalla polizza.
- 18) Qualsiasi viaggio prenotato dopo aver ricevuto una prognosi terminale.
- 19) Quando si viaggia per ricevere un trattamento medico.
- 20) Qualsiasi viaggio prenotato contro il parere del medico.
- 21) Qualsiasi costo medico che derivi da malattie di trasmissione sessuale.
- 22) Qualsiasi errore e/o omissione nella prenotazione.
- 23) Nei casi in cui esista una limitazione di accesso da parte di un governo estero.
- 24) Qualsiasi reclamo coperto da qualsiasi altra assicurazione.
- 25) Quando si vola non come passeggero in un volo programmato.
- 26) L'assicuratore limiterà qualsiasi spesa medica o trattamento medico sostenuto fino a 12 mesi dalla data dell'infortunio o della malattia che ha dato origine alla necessità di assistenza o di trattamento medico.
- 27) Qualsiasi costo o spesa da voi sostenuta per qualsiasi reclamo nei confronti di un tour operator, agente di viaggi, Trasportatore o la COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI.
- 28) Qualsiasi costo o spesa sostenuta prima della concessione della nostra approvazione che non tratteremo senza motivo. Ci riserviamo il diritto di ritirarla in qualsiasi momento e non saremo responsabili di eventuali ulteriori spese.
- 29) Qualsiasi reclamo in cui consideriamo che le possibilità di successo per poter ottenere una liquidazione ragionevole siano insufficienti e/o in cui consideriamo che le leggi, pratiche e/o normative finanziarie del paese in cui si è verificato l'incidente o in cui viene portato avanti il reclamo, ci impediranno di ottenere una liquidazione soddisfacente.
- 30) Quando il reclamo sorge da o è in qualsiasi modo collegato alla morte o al ricovero ospedaliero di qualsiasi persona con un'età uguale o maggiore di 85 anni.

6.2. GARANZIE DEI BAGAGLI

6.2.1. FURTI CON VIOLENZA, PERDITA E DANNI AI BAGAGLI

Si garantisce il risarcimento per danni e perdite di bagagli o effetti personali dell'ASSICURATO in caso di furto, totale o parziale **con violenza**, perdita dovuta al vettore o danni causati da incendi o aggressioni, verificatisi nel corso del viaggio, **fino al limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza.**

Ai fini e per gli effetti di tale garanzia si intenderà per furto solo la sottrazione commessa con violenza o intimidazione alle persone o con forza sulle cose. In caso di furto si stabilisce un importo massimo per sinistro di € 500,00.

In ogni caso, i danni esterni del bagaglio sarà compensato con un massimo di €60.

Macchine fotografiche, accessori fotografici, radio, registratori o videocamere, nonché i relativi accessori, sono coperti fino al 50% della somma assicurata sul valore globale dei bagagli.

Tale risarcimento sarà sempre in eccesso rispetto a quello riscosso dall'azienda di trasporti e sarà di carattere complementare. Per ottenere la compensazione sarà necessario fornire la prova del risarcimento ricevuto dal vettore, oltre a un elenco dettagliato dei bagagli e al loro valore stimato.

Detto risarcimento sarà determinato sulla base del valore della sostituzione calcolato il giorno del sinistro, al netto della svalutazione per l'uso.

Per applicare la disposizione in caso di furto con violenza, sarà necessaria la previa presentazione della denuncia alle autorità competenti.

L'ASSICURATORE rimborserà il contenuto coerente del bagaglio fino al limite stabilito nelle Condizioni Particolari della polizza, usando a tale scopo criteri come: la natura del viaggio e del bagaglio, le dimensioni ed il peso del contenuto in rapporto al bagaglio in cui si trasporta. Il limite per ciascun oggetto non potrà superare in nessun caso i € 200.

Allo stesso modo, l'ASSICURATORE si riserva il diritto di richiedere prove o documenti pertinenti all' ASSICURATO, al fine di provvedere al pagamento del risarcimento corrispondente.

6.2.2. RITARDO NELLA CONSEGNA DEI BAGAGLI FATTURATI

L'ASSICURATORE si farà carico del rimborso, sino al limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza e previa presentazione delle relative fatture, dell'acquisto di beni di prima necessità, dovuti a un ritardo nella consegna del bagaglio fatturato. In nessun caso tale rimborso può essere sommato al risarcimento per la garanzia di "FURTO E DANNI MATERIALI AL BAGAGLIO".

Nel caso in cui il ritardo si verifichi durante il viaggio di ritorno, la garanzia si applicherà solo se la consegna del bagaglio sia ritardata per più di 48 ore dal momento dell'arrivo.

Per la prestazione di tale garanzia, l'ASSICURATO deve fornire all'ASSICURATORE un documento giustificativo emesso dal vettore che dimostri il verificarsi del ritardo e la sua durata.

6.2.3. RICERCA, LOCALIZZAZIONE E SPEDIZIONE DI BAGAGLI PERSI

In caso di smarrimento dei bagagli sui voli di linea, l'ASSICURATORE provvederà con ogni mezzo a sua disposizione al loro ritrovamento, informerà l'ASSICURATO degli sviluppi e, se possibile, a farlo pervenir al Beneficiario senza alcun costo a carico di quest'ultimo.

ESCLUSIONI RELATIVE ALLE GARANZIE PER I BAGAGLI

Non sono coperti da garanzia:

- 1) Prodotti e apparecchiature per uso professionale, gioielli, intendendo come tali l'insieme di oggetti di oro, platino, perle o pietre preziose; monete, banconote, biglietti di viaggio, collezioni di francobolli, titoli di qualsiasi natura, carte d'identità e, in generale, tutti i titoli cartacei e, carte di credito, nastri e / o dischi di memoria, documenti registrati su nastri magnetici o filmati; oggetti di valore intesi come l'insieme di argenteria, quadri, opere d'arte, e tutti i tipi di collezioni d'arte, come pelletterie di valore; protesi, occhiali, lenti a contatto; attrezzature sportive; dispositivi di telefonia, elettronici, digitali, materiali informatici di qualsiasi tipo, inclusi tutti accessori (ad eccezione di ciò che è espressamente escluso dalla garanzia di FURTO E DANNI MATERIALI AL BAGAGLIO).
- 2) Il furto, quale sottrazione commessa per distrazione, senza che sia commessa violenza o intimidazione sulle persone, nè forza sulle cose.
- 3) Danni dovuti all'usura normale o naturale, difetti intrinseci e imballaggio improprio o inadeguato. Danni prodotti dalla lenta azione delle intemperie.
- 4) Le perdite derivanti dal fatto che un oggetto, non affidato a un vettore sia stato semplicemente perso o dimenticato.
- 5) Il furto subito durante i campeggi in camper o roulotte in accampamenti liberi, essendo totalmente esclusi gli oggetti di valore in qualsiasi tipo di campeggio.
- 6) I danni, le perdite o i furti, causati dall'aver lasciato incustoditi oggetti personali in un luogo pubblico o in un luogo aperto a diversi occupanti.
- 7) La rottura, a meno che non sia causata da un incidente del mezzo di trasporto, per furto o effrazione, aggressione a mano armata, incendio o spegnimento dello stesso.
- 8) I danni causati direttamente o indirettamente da atti di guerra, disordini civili o militari, sommosse popolari, scioperi, terremoti e la radioattività.
- 9) Danni causati intenzionalmente dalla negligenza dell'ASSICURATO o negligenza grave di questi o i danni causati per perdita di liquido all'interno del bagaglio.
- 10) Tutti i veicoli a motore e i loro complementi e accessori.
- 11) Quando si vola non come passeggero in un volo programmato.
- 12) Qualsiasi costo o spesa sostenuta prima della concessione della nostra approvazione che non tratterremo senza motivo. Ci riserviamo il diritto di ritirarla in qualsiasi momento e non saremo responsabili di eventuali ulteriori spese.
- 13) Qualsiasi reclamo in cui consideriamo che le possibilità di successo per poter ottenere una liquidazione ragionevole siano insufficienti e/o in cui consideriamo che le leggi, pratiche e/o normative finanziarie del paese in cui si è verificato l'incidente o in cui viene portato avanti il reclamo, ci impediranno di ottenere una liquidazione soddisfacente.

6.3. GARANZIE DI RITARDI E PERDITA DI SERVIZI

L'ASSICURATORE rimborserà le spese e i danni causati da eventuali circostanze descritte e garantite dai seguenti paragrafi e che interessano servizi contrattati dall'ASSICURATO nel suo viaggio. In caso di ritorno anticipato forzato o in caso di necessità di qualsiasi spostamento aggiuntivo, l'ASSICURATORE pagherà solo il costo di un biglietto economy.

6.3.1 SPESE OCCASIONATE DALL'OVERBOOKING O CAMBIO DI SERVIZI INIZIALMENTE CONTRATTATI.

In caso di overbooking o cancellazione all'ultimo minuto, delle prenotazioni aeree, per cause che non dipendono dal fornitore dei servizi, l'ASSICURATORE pagherà, su presentazione di documenti e fatture relative, nel seguente caso:

- Per partenza con trasporto alternativo non previsto l'ASSICURATORE rimborserà le spese effettuate durante l'attesa, fino alla concorrenza e nel limite stabilito della somma indicata nelle CONDIZIONI PARTICOLARI.

Le spese coperte da questa garanzia si riferisce in ogni caso, a quanto occorso nel luogo in cui si verifica il ritardo.

L'ASSICURATORE ha il diritto di essere surrogato nei diritti e nelle azioni degli assicurati e, in base all'importo soddisfatto, di agire contro il responsabile dei ritardi provocati.

6.3.2. SPESE OCCASIONATE DALLA PERDITA DI COINCIDENZE

Se il mezzo di trasporto pubblico scelto dall'ASSICURATO ritarda un minimo di 4 ore a causa di un guasto tecnico, condizioni climatiche o disastri naturali, intervento delle autorità o per qualsiasi forza maggiore e, a causa di questo ritardo, si renda impossibile il collegamento con il seguente mezzo di trasporto pubblico previsto nel biglietto, l'ASSICURATORE rimborserà i costi necessari per raggiungere la destinazione prevista, nonché le spese di vito, alloggio e trasporto prodottesi durante l'attesa, previa presentazione del giustificativo di pagamento e delle relative fatture fino al limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI.

6.3.3. SPESE OCCASIONATE DAL RITARDO NELLA PARTENZA DEL MEZZO DI TRASPORTO

In caso di ritardo, di almeno 6 ore, nella partenza del mezzo di trasporto pubblico scelto dall'ASSICURATO, l'ASSICURATORE rimborserà, fino alla concorrenza dell'importo e nel limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI, i costi aggiuntivi di vito, alloggio e trasporto sostenuti durante l'attesa.

In ogni caso, è indispensabile presentare le fatture o documenti giustificativi attestanti il ritardo e le relative spese.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLE GARANZIE DI RITARDI E PERDITE DEI SERVIZI

Non sono coperti da questa garanzia:

- 1) Le garanzie e i servizi che non sono stati richiesti all'ASSICURATORE e non prestati da lui o con il suo consenso, salvo casi di forza maggiore o impossibilità materiale provata.
- 2) I sinistri causati per dolo dell'ASSICURATO, del CONTRAENTE, dei beneficiari o delle persone che viaggiano con l'ASSICURATO.
- 3) Le perdite subite in caso di guerra, manifestazioni e movimenti popolari, atti di terrorismo e sabotaggio, scioperi, arresti da parte di qualsiasi autorità per reati non derivanti da incidenti, le restrizioni alla libera circolazione o qualsiasi altro caso di forza maggiore a meno che l'ASSICURATO dimostri che l'incidente non è legato a tali eventi
- 4) I sinistri che sono causati dalle radiazioni da trasmutazione o disintegrazione o la radioattività, così come da agenti biologici o chimici.
- 5) I costi di ristorante e albergo a eccezione di quelli che rientrano nella polizza.
- 6) Casi di conflitti sociali.
- 7) Quando si vola non come passeggero in un volo programmato.
- 8) Qualsiasi costo o spesa sostenuta prima della concessione della nostra approvazione che non tratterremo senza motivo. Ci riserviamo il diritto di ritirarla in qualsiasi momento e non saremo responsabili di eventuali ulteriori spese.
- 9) Qualsiasi reclamo in cui consideriamo che le possibilità di successo per poter ottenere una liquidazione ragionevole siano insufficienti e/o in cui consideriamo che le leggi, pratiche e/o normative finanziarie del paese in cui si è verificato l'incidente o in cui viene portato avanti il reclamo, ci impediranno di ottenere una liquidazione soddisfacente.
- 10) Quando il reclamo sorge da o è in qualsiasi modo collegato alla morte o al ricovero ospedaliero di qualsiasi persona con una età uguale o maggiore di 85 anni.

6.4. ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI INFORTUNI PERSONALI

Pagamento dell'indennizzo:

- a) L'ASSICURATORE è tenuto a pagare un indennizzo al termine delle indagini e perizie atte a stabilire l'esistenza del sinistro e, se del caso, l'importo risultante da esso. In ogni caso, l'ASSICURATORE deve effettuare, entro quaranta giorni dal ricevimento della denuncia di sinistro, il pagamento dell'importo minimo di ciò che posa dovere, secondo le circostanze a lui note.
- b) Se entro tre mesi dal verificarsi della perdita l'ASSICURATORE non ripara o risarcisce i danni per cause non giustificate o a lui imputabile, l'indennizzo sarà aumentato di una percentuale equivalente al tasso di interesse legale allora in corso, incrementato a sua volta del 50%.
- c) Per il pagamento in caso di morte o invalidità permanente, l'ASSICURATO o i beneficiari dovranno inviare all'ASSICURATORE i documenti giustificativi elencati di seguito, a seconda dei casi:
 - c.1. Morte:
 - Certificato di morte;
 - Certificato del Registro Generale dei Testamenti
 - Testamento, se presente;
 - Certificazione di esecutore se vi sono beneficiari di assicurazione designati nel testamento;
 - Un documento attestante l'identità dei beneficiari e dell'esecutore.
 - Qualora i beneficiari fossero gli eredi legali, sarà inoltre necessario l'atto notorio degli eredi rilasciato dalle autorità competenti.
 - Lettera di esenzione dell'imposta di successione o di regolamento, se del caso, debitamente compilata dal competente organo amministrativo.
 - c.2. Invalidità permanente:
 - Certificato medico di invalidità attestante il tipo di invalidità a seguito dall'infortunio.

6.4.1. ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI PERSONALI

L'ASSICURATORE garantisce, fino a concorrenza dell'importo stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza, e fatte salve le esclusioni indicate nelle presenti CONDIZIONI GENERALI, il pagamento di un indennizzo per morte o invalidità permanente a cui può avere diritto l'ASSICURATO a seguito di incidenti che si verificano durante il viaggio e soggiorno al di fuori del domicilio abituale.

Non sono coperte le persone di età superiore a 70 anni, e si garantisce, per i minori di 14 anni, nel caso di rischio di morte, solo un massimo di 3.000 euro per le spese funerarie; per il rischio di invalidità permanente si garantisce sino all'importo fissato nelle CONDIZIONI PARTICOLARI.

Il limite del risarcimento delle due assicurazioni per incidenti è pari a:

- a) In caso di morte:

Quando è provato che la morte, immediata o sopravvenuta entro un anno dal verificarsi dell'incidente, è il risultato di un incidente coperto dalla polizza, l'ASSICURATORE pagherà l'importo fissato nelle CONDIZIONI PARTICOLARI.

Se, dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, si verifica il decesso dell'ASSICURATO, in conseguenza dello stesso incidente, l'ASSICURATORE pagherà la differenza tra l'importo pagato dall'ASSICURATO per invalidità e morte, quando tale percentuale fosse superiore.

b) In caso di invalidità permanente:

L'ASSICURATORE pagherà l'importo totale ASSICURATO se la disabilità è totale o proporzionale al grado di invalidità, ove questa sia parziale. Per la valutazione del rispettivo grado di disabilità si utilizza la seguente tabella:

b.1 perdita o perdita dell'uso funzionale di entrambe le braccia o le mani, o di un braccio e una gamba o di una mano o un piede, o di entrambe le gambe o entrambi i piedi, la cecità totale, la paralisi completa, o ogni altra lesione che renda non idonei per tutti i lavori 100%

b.2 perdita o inutilità assoluta dell'uso funzionale:

Di un braccio o di una mano	60%
Una gamba o un piede	50%
Sordità completa.....	40%
Il movimento del pollice o indice.....	40%
Perdita della vista da un occhio	30%
Perdita di un pollice della mano	20%
Perdita del dito indice della mano	15%
Sordità di un orecchio	10%
La perdita di un qualsiasi altro dito.....	5%

In casi diversi da quelli di cui sopra, e per perdite parziali, il grado d'invalidità sarà determinato in proporzione alla sua gravità rispetto alle disabilità elencate. In nessun caso può superare l'invalidità permanente totale.

Il grado di invalidità deve essere definitivamente fissato entro un anno dalla data dell'incidente.

Non sarà preso in considerazione, ai fini della valutazione della effettiva disabilità di un arto o di un organo colpito, lo status professionale degli assicurati.

Se prima dell'incidente l'ASSICURATO presenta difetti fisici, l'invalidità causata dall'incidente non può essere considerata in un grado superiore a quello che sarebbe se la vittima fosse una persona normodotata, dal punto di vista dell'integrità fisica.

L'impotenza funzionale totale e permanente dell'organo riproduttivo è paragonabile alla sua perdita totale.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLE GARANZIE DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI INFORTUNI PERSONALI

Non sono coperti da garanzia:

1) Le lesioni personali che si verificano in uno stato di follia, paralisi, ictus, diabete, alcolismo, tossicodipendenza, malattie del midollo spinale, sifilide, AIDS, encefalite e, in generale, qualsiasi lesione o malattia che riduce la capacità fisica o psicologica dell'ASSICURATO.

2) Le lesioni personali derivanti da azioni criminose, provocazioni, risse, se non per legittima difesa, duelli, imprudenze, scommesse rischiose o sconsiderate; gli incidenti a seguito di eventi di guerra, anche se non dichiarati, sommosse, tumulti, terremoti, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

3) Malattie, ernie, lombalgie, strangolamento intestinale, complicazioni di vene varicose, intossicazioni o infezioni che non hanno come causa diretta una lesione compresa nella copertura assicurativa. Le conseguenze dovute a operazioni o trattamenti chirurgici non necessari per la cura di incidenti subiti che riguardano la cura della persona.

4) Gli infortuni occorsi durante la pratica di attività sportive agonistiche, competizioni ufficiali o private, allenamenti, prove e scommesse.

5) L'uso del veicolo a motore a due ruote.

6) L'esercizio di un'attività professionale, a condizione che non sia di natura commerciale, artistica o intellettuale.

7) Sono esclusi dalle garanzie di cui alla presente polizza coloro i quali causino intenzionalmente il sinistro.

8) Sono esclusi i casi di aggravamento di un sinistro prima della formalizzazione della polizza.

9) Quando si vola non come passeggero in un volo programmato.

10) Qualsiasi costo o spesa sostenuta prima della concessione della nostra approvazione che non tratterremo senza motivo. Ci riserviamo il diritto di ritirarla in qualsiasi momento e non saremo responsabili di eventuali ulteriori spese.

11) Qualsiasi reclamo in cui consideriamo che le possibilità di successo per poter ottenere una liquidazione ragionevole siano insufficienti e/o in cui consideriamo che le leggi, pratiche e/o normative finanziarie del paese in cui si è verificato l'incidente o in cui viene portato avanti il reclamo, ci impediranno di ottenere una liquidazione soddisfacente.

Cumulo massimo:

Il risarcimento massimo di questa polizza e per un unico sinistro, non sarà superiore ai 1.200.000 euro.

6.5. ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Obblighi dell'ASSICURATO: In caso di perdita di responsabilità civile, il CONTRAENTE, l'ASSICURATO o i loro eredi, non devono accettare, negoziare o rifiutare qualsiasi richiesta, senza il consenso scritto dell'ASSICURATORE.

Pagamento dell'indennizzo:

a) L'ASSICURATORE è tenuto a pagare un risarcimento al termine delle indagini e perizie necessarie per stabilire l'esistenza del sinistro. In ogni caso l'ASSICURATORE deve effettuare, entro quaranta giorni dal ricevimento della dichiarazione di sinistro, il pagamento dell'importo minimo di ciò che l'ASSICURATORE deve in base alle circostanze a lui note.

b) Se entro tre mesi dal verificarsi della perdita l'ASSICURATORE non ripara o risarcisce i danni per causa non giustificata o al lui imputabile, l'indennizzo sarà aumentato di una percentuale equivalente al tasso di interesse legale allora in corso, incrementato a sua volta del 50%.

6.5.1. ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE PRIVATA

L'ASSICURATORE si fa carico, fino al limite stabilito nelle CONDIZIONI PARTICOLARI della polizza, del risarcimento che, senza costituire sanzione personale o ulteriore alla responsabilità civile, può eventualmente essere richiesto all'ASSICURATO ai sensi degli articoli 2043 e seguenti del codice civile o disposizioni analoghe di diritto estero, qualora venisse considerato civilmente responsabile e quindi si trovasse obbligato a pagare danni corporali o materiali causati involontariamente a terzi, persone, animali o cose.

Questo limite comprende il pagamento delle spese legali e costi giudiziari, nonché la costituzione di cauzioni giudiziarie richieste all'ASSICURATO.

Non saranno considerati terzi:

il CONTRAENTE; gli Assicurati di una stessa polizza e viaggio; le loro famiglie.

ESCLUSIONI APPLICABILI ALLE GARANZIE DI ASSICURAZIONE COMPLEMENTARE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Non sono coperti da garanzia:

- 1) **Qualsiasi tipo di responsabilità ascrivibile all'ASSICURATO per la guida di autoveicoli, aerei e imbarcazioni, nonché l'uso di armi da fuoco.**
- 2) **La Responsabilità Civile derivante da tutta l'attività professionale, sindacale, politica e associativa.**
- 3) **Le multe o sanzioni imposte dalle autorità giudiziarie o amministrative di ogni genere.**
- 4) **La responsabilità per la pratica di sport professionistico e le seguenti discipline anche come dilettante: alpinismo, boxe, bob, speleologia, judo, paracadutismo, deltaplano, volo a vela, polo, rugby, tiro, vela, arti marziali e quelli praticati con veicoli a motore.**
- 5) **I danni agli oggetti consegnati, a qualsiasi titolo all'ASSICURATO.**
- 6) **Qualsiasi responsabilità contrattuale, atto intenzionale, doloso o illecito dell'Assicurato, la responsabilità derivante dagli animali che si trovano in custodia o nel controllo dell'Assicurato così come la proprietà o l'occupazione di terreni o di edifici.**
- 7) **Qualsiasi costo o spesa sostenuta prima della concessione della nostra approvazione che non tratteremo senza motivo. Ci riserviamo il diritto di ritirarla in qualsiasi momento e non saremo responsabili di eventuali ulteriori spese.**
- 8) **Qualsiasi reclamo in cui consideriamo che le possibilità di successo per poter ottenere una liquidazione ragionevole siano insufficienti e/o in cui consideriamo che le leggi, pratiche e/o normative finanziarie del paese in cui si è verificato l'incidente o in cui viene portato avanti il reclamo, ci impediranno di ottenere una liquidazione soddisfacente.**

7. LIMITI

L'ASSICURATORE sostiene i costi indicati nei limiti stabiliti e fino a concorrenza dell'importo contrattato per ogni singolo caso. Eventi che hanno la stessa causa e verificatisi allo stesso tempo, saranno considerati come un unico sinistro.

Se nel momento in cui si verifica il sinistro, la somma assicurata è inferiore al valore del bene protetto, l'ASSICURATORE è obbligato a risarcire i danni causati nella stessa proporzione in cui copre il bene protetto dell'ASSICURATO.

Allo stesso modo, se il tipo di viaggio indicato nella sottoscrizione della polizza è diverso da quanto richiesto dall'ASSICURATO, l'ASSICURATORE deve risarcire i danni causati nella stessa proporzione in cui copre il bene protetto ASSICURATO.

L'ASSICURATORE è obbligato a pagare la prestazione, tranne nel caso in cui il sinistro è stato causato da malafede dell'ASSICURATO.

Nelle garanzie che prevedono il pagamento di un importo netto in contanti, l'ASSICURATORE è tenuto a pagare un risarcimento al termine delle indagini e le perizie necessarie per accertare l'esistenza del sinistro. In ogni caso, l'ASSICURATORE pagherà entro quaranta giorni dal ricevimento della dichiarazione di sinistro, l'importo minimo del corrispettivo dovuto, secondo le circostanze a lui note. Qualora entro tre mesi dalla notifica del sinistro l'ASSICURATORE non avesse provveduto a risarcire per una causa non giustificata o a lui ascrivibile, il compenso aumenterà di un venti per cento all'anno.

Per le garanzie che prevedono un totale massimo per sinistro, si stabilisce un periodo massimo di 15 giorni dal sinistro, per far sì che l'ASSICURATO possa comunicarlo all'ASSICURATORE.

Se dopo tale periodo fossero comunicati altri sinistri, il pagamento degli stessi sarà dovuto solo ove non sia superato l'importo massimo cumulato.

Nel caso in cui l'importo di quanto è reclamato da tutti gli interessati superi il massimo cumulo stabilito, il pagamento dei sinistri sarà effettuato tenendo conto dell'importo della fattura delle spese di annullamento da parte dell'ASSICURATO e dell'applicazione della regola proporzionale tra l'ammontare del cumulo economico e l'importo corrispondente al sinistro comunicato.

8. DENUNCIA DI UN SINISTRO

Nel verificarsi di un sinistro che può attivare le coperture previste, l'ASSICURATO deve necessariamente, mettersi in contatto con il servizio telefonico di emergenza indicato dall'ASSICURATORE, fornendo il nome dell'ASSICURATO, il numero di polizza, il luogo e il numero di telefono in cui si trova e il tipo di assistenza richiesto. Tale comunicazione può essere effettuata a carico del ricevente.

Sarà motivo di rigetto del sinistro il caso in cui l'ASSICURATO in malafede rendesse false dichiarazioni, esagerasse l'importo dei danni, cercasse di distruggere o eliminare oggetti esistenti prima dell'incidente, nascondesse o sottraesse in tutto o in parte i beni assicurati, utilizzasse come documenti giustificativi mezzi fraudolenti inesatti, perdendo ogni diritto al risarcimento del danno per il sinistro.

9. DISPOSIZIONI AGGIUNTIVE

L'ASSICURATORE non si assume alcun obbligo in merito a servizi non richiesti o non prestati con il suo previo consenso, fatti salvi casi di forza maggiore debitamente giustificati.

Quando per la prestazione di servizi non è possibile un intervento diretto dell'ASSICURATORE, quest'ultimo sarà tenuto a rimborsare all'ASSICURATO le spese debitamente provate derivanti da tali servizi entro un periodo massimo di 40 giorni dalla loro presentazione.

In ogni caso l'ASSICURATORE si riserva il diritto di richiedere la presentazione di documenti o prove, al fine di effettuare il pagamento richiesto.

10. SURROGAZIONE

L'ASSICURATORE si surroga automaticamente nei diritti e nelle azioni in capo all'ASSICURATO o ai suoi eredi, nonché ad altri beneficiari, contro terzi, persone fisiche o giuridiche, a seguito del sinistro che ha reso necessaria l'assistenza prestata, fino al raggiungimento della somma spesa per l'adempimento delle obbligazioni derivanti dalla presente polizza.

In special modo tale diritto potrà essere esercitato dall'ASSICURATORE nei confronti delle imprese di trasporti terrestri, fluviali, marittimi o aerei ai fini della restituzione totale o parziale del costo dei biglietti non utilizzati dagli assicurati.

11. PRESCRIZIONE

Le azioni derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal momento in cui si sarebbe potuto esercitare il diritto.

12. INDICAZIONE

Se il contenuto di questa polizza differisce dalla proposta di assicurazione o dalle clausole concordate, il CONTRAENTE potrà presentare reclami all'ASSICURATORE, entro un mese dalla consegna della polizza al fine di porre rimedio alla divergenza. Trascorso questo periodo senza che nessun reclamo sia stato presentato, ci si atterrà a quanto previsto nella polizza.

13. ACCETTAZIONE DELLE CLAUSOLE VESSATORIE

Le clausole contrattuali che potrebbero essere considerate restrittive dei diritti dell'ASSICURATO sono state evidenziate in grassetto. Il CONTRAENTE / ASSICURATO dichiara, con la apposizione della sua firma, di aver esaminato e compreso queste clausole di particolare importanza approvandole una per una.

14. CLAUSOLA DI CONFERMA DI RICEVIMENTO DI INFORMAZIONI PREVIE

Con la presente, il CONTRAENTE/ASSICURATO conferma espressamente di avere ricevuto dall'ASSICURATORE per iscritto con il dovuto anticipo e nella data di stipula dell'assicurazione, in base alle CONDIZIONI PARTICOLARI e la Nota Informativa, le informazioni relative alla legge applicabile al contratto di assicurazione ai diversi gradi di reclamo, allo Stato membro in cui è domiciliato l'ASSICURATORE e la sua autorità di vigilanza, il nome della società, indirizzo e forma giuridica dell'ASSICURATORE.

15. RECLAMI

In conformità con le disposizioni dell'art. 185 del Decreto Legislativo 209 del 7 Settembre 2005 e con quanto disposto dal Regolamento IVASS n. 35 del 26 Maggio 2010:

15.1. Il contratto di assicurazione viene celebrata con Atrium, sottoscrittore dei Lloyd's, costituita il 1 Lime Street, Londra, EC3M 7HA, Regno Unito. Lloyd è una società di membri sottoscrivono costituite dalla legge. L'ASSICURATORE è il membro (s) of / sindacati del Lloyd menzionati (s) nel contratto di assicurazione.

15.2. Lo Stato membro che ha il controllo dell'ASSICURATORE è il Regno Unito e, in tale Stato, l'autorità che è responsabile di questo controllo è la Prudential Regulation Authority, residente in 20 Moorgate, London, EC2R 6DA, Regno Unito.

15.3. Che le disposizioni relative ai reclami sono:

Ogni reclamo dovrebbe essere in prima istanza indirizzato a:

Il nostro scopo è di essere certi che tutti gli aspetti della vostra copertura assicurativa vengano gestiti con prontezza, efficienza e correttezza. Siamo costantemente dedicati nel fornirvi servizi con alti standard qualitativi. Se desiderate effettuare un reclamo riguardante qualsiasi aspetto circa i nostri servizi da noi effettuati per la vostra polizza assicurativa o per un sinistro, per cortesia contattateci come segue:

Servisegur XXI Consultores, Calle Irún no 7, 1 dcha., CP. 28008 – Madrid

Email: manacomplaints@servisegur.es

Il reclamo può essere inviato anche a:

Servizio Reclami
Ufficio Italiano dei Lloyd's
Corso Garibaldi, 86
20121 Milano
Italia

Fax no.: +39 02 6378 8857

E-mail: servizioreclami@lloyds.com o servizioreclami@pec.lloyds.com

tenendo presente che la presente polizza è emessa in regime di Libertà di Prestazione di Servizi; pertanto l'Ufficio Italiano dei Lloyd's procederà ad inoltrare il reclamo all'Assicuratore dei Lloyd's competente, il quale avrà l'onere di accertare che la doglianza sia presa in gestione.

Il fatto che l'Ufficio Italiano dei Lloyd's funga da collettore per i reclami concernenti polizze emesse in Libertà di Prestazione di Servizi non apporta tuttavia alcuna variazione alla natura della polizza medesima.

Il soggetto deputato alla gestione del reclamo ne confermerà ricezione per iscritto entro cinque giorni lavorativi dall'effettiva data di ricevimento. Un riscontro formale circa l'esito del reclamo verrà fornito al reclamante entro quarantacinque giorni lavorativi dalla data di ricezione.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, ovvero non abbia ricevuto riscontro alcuno decorso il termine di quarantacinque giorni, potrà avvalersi della procedura prevista dall'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), trasmettendo la propria doglianza al Regolatore, come segue:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)
via del Quirinale 21
00187 Roma
Italia
Tel.: 800 486661 (dall'Italia)
Tel.: +39 06 42021 095 (dall'estero)
Fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353
E-mail: ivass@pec.ivass.it

Maggiori informazioni oltre ai dettagli circa le modalità di presentazione dei reclami all'Istituto sono disponibili sul sito IVASS, accessibile tramite il seguente link: <http://www.ivass.it>

Il dipartimento responsabile presso i Lloyd's della gestione dei reclami è il seguente:

Complaints Team
Lloyd's
One Lime Street
London
EC3M 7HA
United Kingdom
Telephone no.: + 44 (0)207 327 5696
E-mail: complaints@lloyds.com

La procedura sopra illustrata non pregiudica in alcun modo il diritto del reclamante di adire le vie legali od affidarsi a strumenti alternativi di mediazione o a quanto contrattualmente previsto.

Nel caso in cui l'assicurato non fosse soddisfatto dell'attività di mediazione di Intermundial, potrà inviare i reclami a info@intermundial.it o in Piazza della Repubblica 32, 20124 Milano, Italia. Nel caso in cui non fosse d'accordo con la risposta ricevuta o non ricevesse notizie entro 45 giorni dalla presentazione del reclamo, potrà inoltrare lo stesso all'IVASS, via del Quirinale, 21, 00187, Roma, o all'organo di controllo della rispettiva matrice: Direzione Generale delle Assicurazioni e dei Fondi Pensionistici, Paseo Castellana 44, 28046 Madrid (Spagna).

Nel caso in cui la risoluzione del Dipartimento d'Attenzione al Cliente dell'assicuratrice o gli organi di controllo erano stati insoddisfacenti, è possibile inviare spontaneamente le loro differenze all'arbitrato nei termini previsti dalla legge generale per la protezione dei consumatori e degli utenti e relative norme di attuazione, fatte salve le disposizioni della legge arbitrato, nel caso in cui le parti presentino le loro divergenze per la decisione di uno o più arbitri.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, esperito il tentativo obbligatorio di mediazione previsto dalla normativa vigente. Tutto questo fatto salvi i diritti conferiti per legge. Ai sensi dell'art. 2952 c.c. I diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Tutto questo fatto salvi i diritti conferiti per legge.

16. CLAUSOLA EUROPEA DI NOTIFICA ATTI E GIURISDIZIONE

Si conviene che il presente contratto d'assicurazione sarà regolato esclusivamente dalla legge e dagli usi Italia, e che qualsiasi controversia derivante da, inerente a, o connessa al presente contratto d'assicurazione sarà esclusivamente soggetta alla giurisdizione del competente Foro in Italia.

Pertanto i Membri Sottoscrittori di Lloyd's che hanno assunto il rischio di cui al presente contratto concordano che tutte le citazioni, gli avvisi o i procedimenti che debbano essere loro notificati al fine di promuovere azioni legali nei loro confronti in relazione al presente contratto d'assicurazione saranno correttamente notificati se a loro indirizzati e consegnati loro presso

Atrium International Managing Agency Limited
One Lime Street
EC3M 7HA, Londra, Regno Unito
Regno Unito

che, in questo caso, ha il potere di accettare la notifica per loro conto.

I Membri Sottoscrittori nel fornire tale potere non rinunciano ad avvalersi di ogni speciale termine o periodo di tempo al quale abbiano diritto ai fini della notifica di tali citazioni, avvisi o procedimenti in virtù della loro residenza o domicilio in Inghilterra.

17. LIMITAZIONI DI SANZIONI ED ESCLUSIONI

Si riconosce e accetta espressamente che l'ASSICURATORE non coprirà né pagherà un risarcimento o concederà alcuna prestazione riconosciuta da questa polizza nella misura in cui la copertura, il pagamento di un indennizzo o di concessione della prestazione possa esporlo a qualunque sanzione, divieto o restrizione relativamente alle risoluzioni delle Nazioni Unite o qualsiasi sanzione commerciale o economica, leggi o regolamenti dell'Unione europea, Regno Unito o Stati Uniti.

18. INFORMAZIONI DI RESPONSABILITÀ PERSONALE

Le Quote di partecipazione degli ASSICURATORI che sottoscrivono i contratti assicurativi sono individuali e non congiunte e non congiunte e si limitano esclusivamente alle sottoscrizioni individuali.

Gli ASSICURATORI sottoscrittori non sono responsabili della sottoscrizione di qualunque altro ASSICURATORE che per qualsiasi ragione non faccia fronte alle proprie obbligazioni.

19. ISTRUZIONI DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

Nel caso in cui l'assicurato o gli assicurati di questa polizza richiedano cure mediche, rimborsi assicurativi, o per ogni eventuale circostanza oggetto questa di polizza, dovranno mettersi immediatamente in contatto con il nostro call center al numero di Telefono:

+390230510118

È necessario chiamare e segnalare il sinistro per ricevere le prestazioni della polizza.

Le chiamate possono essere effettuate a carico del destinatario. L'ASSICURATO deve chiamare la compagnia di assicurazione identificarsi comunicando il numero di polizza (indicato sul certificato), il luogo in cui si trova, il numero di telefono da cui chiama ed esporre una descrizione del problema o fatto ASSICURATO per cui chiama.

Per il rimborso delle spese o la cancellazione, la perdita di servizi, o il rimborso delle spese mediche, ci si può mettere direttamente in contatto con:

Ufficio sinistri
INTERMUNDIAL BROKER ASSICURATIVO
Piazza della Repubblica 32,
20124 Milano, Italia
sinistri@intermundial.it

Come garanzia della copertura assicurativa è necessario allegare i documenti opportuni che giustifichino il fatto, assieme a una lettera che spieghi l'accaduto identificando chiaramente ogni ASSICURATO indicando le informazioni dell'assicurazione (come ad esempio una copia del certificato assicurativo o il numero di riferimento della polizza). Inoltre l'ASSICURATORE e i suoi liquidatori dei sinistri possono richiedere i documenti necessari per identificare il rischio assicurato, la copertura assicurativa e il relativo indennizzo.

20. INFORMAZIONI PER L'ASSICURATO

Il CONTRAENTE, prima della conclusione del contratto, ha ricevuto le seguenti informazioni, nel rispetto delle disposizioni di cui l'art. 185 del Decreto Legislativo 209 del 7 Settembre 2005 e **Regolamento IVASS n. 35 del 26 Maggio 2010**:

Il contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa, il Glossario e le Condizioni Generali e Particolari di assicurazione come da regolamento dell'IVASS n.35 datato 26-05-2010.

L'ASSICURATORE principale di questa polizza è il Sindacato del Lloyd's 609 noto come Atrium insieme ad altri sindacati del Lloyd's, ha sede in One Lime Street, EC3M 7HA, Londra, Regno Unito, (+44 203 772 3111). Autorizzato all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi dell'art.23 del D.Lgs 7/9/2005 n.2009 (comunicazione IVASS in data 01/03/2008, n. 10011), e iscritto nell'Albo delle Imprese di assicurazione, istituito presso l'IVASS al n. II.00018 consultabile sul sito internet www.ivass.it.

Questa polizza assicurativa è sottoscritta da Mana UW Ltd, coverholder britannico, con sede in "St. Clare House, 30-33 Minories, London EC3N 1PE, Reino Unido", intermediario della Unione Europea, Autorità di vigilanza : FINANCIAL CONDUCT AUTHORITY (FCA) - Numero di registrazione Stato d'origine: 605597, per conto di alcuni sindacati di Lloyd.

Il mediatore della presente polizza è Intermundial Broker Assicurativo Succursale in Italia, filiale della società spagnola Intermundial XXI, S.L. con sede legale a Madrid (Spagna), calle Irún, 7, 28008, iscritta al Registro delle Imprese di Madrid, foglio M180298, sezione 8, libro 0, pagina 149, volume 11482 e avente numero identificativo fiscale B81577231, numero di autorizzazione della Direzione Generale delle Assicurazioni e dei Fondi pensionistici J1541 e assicurazione di responsabilità civile e cauzione di accordo con la Legge 26/2006 in materia di Mediazione spagnola delle Assicurazioni. Intermundial Succursale in Italia opera in regime di diritto di stabilimento e libera prestazione di servizi presso la Repubblica Italiana dal 12 gennaio 2012. L'assicurato potrà consultare tutti i dati dell'azienda matrice del mediatore presso la pagina web del rispettivo organo di controllo: (www.dgsfp.mineco.es/regpublicos/pui/pui.aspx)

Gli uffici di Intermundial in Italia hanno sede in Piazza della Repubblica 32, 20124 Milano, Italia, P. Iva 07579270963 - C.F.97601340157. Il codice di intermediazione nell'Unione Europea è UE00007640. Web: www.intermundial.it, Telefono: (+39) 02 94753934, email: info@intermundial.it

L'intermediario non è detentore o meno di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di un'impresa di assicurazione; e nessuna impresa di assicurazione o l'impresa controllante di un'impresa di assicurazione è detentrica o meno di una partecipazione. Intermundial fornisce consulenza relativamente alla polizza basata su un'analisi oggettiva, emessa dopo lo studio di minimo cinque prodotti assicurativi, con totale indipendenza.

I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, regolata per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso se è stata stipulata dall'intermediario una fideiussione bancaria idonea a garantire una capacità finanziaria pari al 4 per cento dei premi incassati, con un minimo di euro 15.000.

L'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può presentare un reclamo per iscritto all'impresa nel caso in cui non fosse soddisfatto dei compiti di mediazione condotti da Intermundial. Se non fossi soddisfatto della risposta alla sua domanda, o se la risposta da parte della società entro il termine massimo di quarantacinque giorni non viene ricevuto, è possibile contattare all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti attraverso il Quirinale n. 21-00187 Roma, allegando la documentazione di reclamo relativa al reclamo trattato dall'impresa. Intermundial non è parte obbligata a soddisfare eventuali indennizzi scaturiti dal contratto di assicurazione, né ha le facoltà di decidere circa l'interpretazione della polizza in caso di sinistro. I reclami relativi alla risoluzione del sinistro, pertanto, dovranno essere indirizzati alla compagnia assicurativa tramite le procedure descritte nella presente polizza.

L'assicurato ha inoltre ricevuto tramite la nota informativa tutte le informazioni relative alle procedure di reclamo extragiudiziale e giudiziale alla compagnia assicuratrice e al mediatore della polizza..

21. INFORMAZIONI SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali – generali e sensibili.

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003, (in seguito, citato come il Codice) e in relazione ai dati personali che si intendono trattare:

Il CONTRAENTE acconsente a che i suoi dati personali, che possono apparire in questa polizza, siano inclusi nei file di Lloyd's of London e dei restanti intervenenti e intermediari nella contrattazione strettamente necessari alla formalizzazione delle stessa e nel pieno svolgimento delle proprie funzioni, così come ai fini delle future azioni commerciali relative ai prodotti assicurativi, se esplicitamente accettati. Il trattamento di tali dati ha lo scopo di facilitare la creazione e lo sviluppo del rapporto contrattuale che lega il CONTRAENTE e l'ASSICURATORE.

I dati personali, pertanto, potranno essere comunicati ad altre compagnie di assicurazione, terzi gestori di sinistri o organismi legati al settore assicurativo a fini statistici o di gestione o per reclami dei sinistri, per la lotta contro la frode o per la coassicurazione o riassicurazione rischio.

Il consenso a questo trattamento è indispensabile per formalizzare il rapporto contrattuale a cui questo documento si riferisce e senza il quale non sarebbe valido.

Il CONTRAENTE potrà esercitare i diritti di accesso, opposizione, rettifica e cancellazione davanti al soggetto ASSICURATORE, entro i termini previsti dalla normativa sulla protezione dei dati, indirizzando comunicazioni alla sede dell'ASSICURATORE, **Piazza della Repubblica 32, 20124 Milano, e-mail o numero di telefono info@manauw.co.uk +39 0294753934**

Nel caso siano inclusi nella presente polizza dati relativi a persone fisiche diverse dal CONTRAENTE si dovranno informare previamente tali soggetti di cui ai punti indicati nei paragrafi precedenti.

INFORMAZIONI AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30/06/2003**FINALITÀ DELL'ELABORAZIONE DEI DATI**

L'elaborazione dei dati ha lo scopo di consentire ai Membri Assicurati di Lloyd's di Londra (da questo momento in poi, "Lloyd's") di realizzare le proprie attività di compimento, gestione ed esecuzione del contratto e liquidazione dei sinistri, in relazione esclusivamente all'esercizio dell'attività di assicurazione e riassicurazione, per la quale Lloyd's è autorizzata in base alle leggi vigenti. Può, inoltre, avere la finalità di consentire a Lloyd's di eseguire le proprie attività di informazione e promozione commerciale riguardanti i propri prodotti assicurativi;

MODALITÀ DELL'ELABORAZIONE DEI DATI

L'elaborazione dei dati:

- a) viene eseguita tramite operazioni e serie di operazioni: raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresa qualsiasi modifica e confronto/interconnessione; uso, comprese consultazione e comunicazione; memorizzazione; eliminazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/riservatezza, integrità e protezione;
- b) viene effettuata con l'ausilio di sistemi elettronici o automatici;
- c) viene eseguita dall'organizzazione del titolare e da alcune aziende fidate, il cui elenco è reso disponibile dal titolare, le quali sono nostre partner dirette e operano in completa autonomia come titolari di elaborazioni dei dati separati, il che è necessario per adempiere indipendentemente agli obblighi di legge riguardanti la protezione dei dati personali. In particolare, si tratta di aziende che offrono servizi di assunzione di rischio, archiviazione di documenti riguardanti le relazioni con i clienti, perizie, valutazioni e servizi di gestione e liquidazione dei sinistri.

DIVULGAZIONE DEI DATI

La raccolta dei dati può essere effettuata con la persona interessata o dalle aziende autorizzate da Lloyd's, le quali eseguono le attività di copertura assicurativa per nostro conto (agenti, subagenti, intermediari, collaboratori).

Restando soggetta all'autonomia personale della persona interessata, la raccolta dei dati personali è:

- b) necessaria per formalizzare nuovi contratti e per la gestione e l'esecuzione di rapporti legali in essere o per la gestione e la liquidazione dei sinistri;
- c) facoltativa per le attività di informazione e promozione commerciale dei prodotti assicurativi alla stessa persona assicurata.

La persona interessata può rifiutarsi di fornire i propri dati, tuttavia, qualora alcuni di essi fossero necessari per la formalizzazione del contratto di assicurazione, per gestirli o per liquidare i sinistri, il contratto non potrà essere formalizzato.

La persona interessata può ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati elaborati in caso di violazione della legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, qualora dovesse interessare, l'integrazione dei dati; il diritto di opposizione, per motivi legittimi, all'elaborazione stessa. I diritti della persona interessata possono essere esercitati secondo le disposizioni dell'Art. 8 del Codice.

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati personali possono essere divulgati, per le finalità indicate e per essere elaborati per le stesse finalità o se richiesto dalla legge, alle altre figure del settore assicurativo, come assicuratori, co-assicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori assicurativi, intermediari assicurativi e altri canali per l'acquisizione di contratti assicurativi; avvocati, periti e meccanici; aziende fornitrici di servizi incaricate della gestione, della liquidazione e del pagamento relativi ai sinistri, nonché aziende fornitrici di servizi informatici o di registrazione; ad associazioni (ANIA) e consorzi associati al settore assicurativo; IVASS, Ministero dell'Industria, CONSAP, UCI, Commissione di Sovrintendenza dei Fondi per le Pensioni, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale e altri database nei confronti dei quali la divulgazione delle informazioni è obbligatoria; altri enti pubblici. I dati, inoltre, possono essere divulgati ad altri enti durante la partecipazione a concorsi al fine di fornire i nostri riferimenti e, nel corso del processo di verifica di qualsiasi approvazione internazionale, i dati possono essere forniti ad aziende situate al di fuori dell'Unione Europea. Durante tale processo sarà garantito un livello appropriato di sicurezza nella protezione di tali informazioni personali. Tali enti operano in completa autonomia come titolari di elaborazioni di dati separati e hanno l'obbligo di rispettare le leggi applicabili in modo indipendente; l'elenco relativo a tutti coloro ai quali possono essere divulgati i dati personali è reso disponibile dall'ufficio del Rappresentante Generale e può essere liberamente comunicato alla persona interessata tramite una richiesta scritta al titolare da inviare via fax al numero 02 63788850 o via e-mail all'indirizzo servizioclienti@lloyds.com, conformemente all'art. 7 del Codice.

TITOLARE E RESPONSABILE DEI CONTROLLI RELATIVI ALL'ELABORAZIONE DEI DATI

In Italia, il titolare dell'elaborazione dei dati è Atrium International Managing Agency Limited, One Lime Street EC3M 7HA, Londra, Regno Unito. I controlli per qualsiasi richiesta sono affidati all'IT Manager presente all'indirizzo sopracitato. Un elenco aggiornato di tutti i responsabili dei controlli relativi all'elaborazione dei dati è disponibile presso la sede legale.

22. DIRITTO DI RECESSO

Ai sensi dell'art. 67-duodecies, D.Lgs. 6 settembre 2005, n. 206, il Contraente può recedere dal contratto inviando entro 14 giorni dalla data di conclusione dello stesso, una comunicazione scritta mediante lettera raccomandata, eccetto nel caso in cui il viaggio assicurato sia stato già iniziato. Il recesso libera entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di invio della raccomandata, quale risultante dal timbro postale.

Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso e dietro consegna dell'originale di polizza e delle eventuali appendici, la Società provvederà a restituire il premio corrisposto.

Mana Underwriting Ltd, agendo in nome e per conto di alcuni Sindacati dei Lloyd's

Firma del cliente

Arturo Moreno
CEO Mana Underwriting Ltd.



www.intermundial.it

Piazza della Repubblica, 32 - 20124 Milano • T. +39 02 94 75 39 34 • info@intermundial.it