

## GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

### Assicurazione Multirischio Danni

# “Polizza Protezione Attiva”

ED. 3/PA1

## SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**, comprensive di glossario.

**AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo**

### Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

#### Che tipo di assicurazione è?

Polizza collettiva, ad adesione facoltativa, che assicura le Persone Fisiche, titolari di un conto corrente presso il Credito Valtellinese S.p.A., contro gli infortuni, il furto, scippo e rapina e/o in caso di Grandi Interventi chirurgici, eventi medici in viaggio oltre alle assistenze all'abitazione e alla persona.



#### Che cosa è assicurato?

Le Garanzie offerte sono divise in due sezioni opzionabili singolarmente o congiuntamente dall'Aderente-Assicurato e prevedono:

##### **SEZIONE A (coperture collegate al Conto Corrente Assicurato)**

###### ✓ INFORTUNI:

Professionali ed extraprofessionali che abbiano come conseguenza la Morte o Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, liquida una somma corrispondente al saldo del Conto Corrente Assicurato risultante il giorno precedente a quello del sinistro.

###### ✓ FURTO, SCIPPO E RAPINA:

delle somme prelevate presso le apparecchiature Bancomat del Credito Valtellinese S.p.A.

##### **SEZIONE B (coperture legate alla persona)**

###### ✓ GRANDI INTERVENTI:

le spese sostenute durante il ricovero in Istituti di cura per interventi chirurgici resisi necessari per: tumori maligni; malattie cardiache; trapianto di organi (sia espianto che trapianto); interventi al sistema nervoso centrale per malattia o infortunio; interventi chirurgici di seguito specificati resi necessari esclusivamente da infortunio: Cranio; Faccia e Bocca; Peritoneo ed Intestino; Milza; Ortopedia e Traumatologia.

###### ✓ RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

Spese mediche, farmaceutiche od ospedaliere per cure o interventi urgenti ricevuti sul posto In caso di infortunio o malattia improvvisa sopravvenuti quando l'Assicurato si trovi in viaggio per vacanze o per lavoro in Italia (oltre 50 km dal comune di residenza) o all'estero.

###### ✓ ASSISTENZA

Pronto Medico  
Protezione in viaggio  
Abitazione Protetta

Il massimale annuo previsto per ogni Garanzia è:

Infortuni: Somma Assicurata pari al saldo del Conto Corrente Assicurato fino a massimo € 75.000

Furto, Scippo e Rapina: € 1.000

Grandi interventi: € 12.500

Rimborso spese mediche in viaggio: € 800 in Italia/ € 3.300 all'estero;

Assistenza: prestazioni con massimale standard



#### Che cosa non è assicurato?

##### Relativamente alla Sezione A)

- ✗ le ernie;
- ✗ gli avvelenamenti
- ✗ le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio;
- ✗ gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- ✗ Furto, scippo e rapina di qualsiasi oggetto che esula delle somme prelevate presso apparecchiature Bancomat del Credito Valtellinese.

##### Relativamente alla Sezione B)

- ✗ In ogni caso gli Interventi chirurgici aventi finalità estetiche o dietologiche e le cure o gli interventi atti all'eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite;
- ✗ Spese mediche per cure estetiche; cure fisioterapiche; termali e dimagranti;
- ✗ Spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e apparecchi protesici (salvo riparazioni in seguito ad infortunio);
- ✗ Spese per prestazioni infermieristiche;
- ✗ Visite di controllo in viaggio, non autorizzate dalla Centrale Operativa.



#### Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri causati o dipendenti da:

- ! dolo dell'Aderente-Assicurato e/o delle persone assicurate;
- ! guerra (anche civile, dichiarata o meno), terremoti, eventi tellurici, rivoluzioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, alluvione, eruzioni vulcaniche, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale, scioperi o serrate;
- ! fenomeni di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche
- ! disposizioni delle Autorità locali che vietino o rendano impossibile la prestazione assicurativa;
- ! attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- ! svolgimento di attività sportive ad alto rischio (ad esempio: alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), paracadutismo, immersione con autorespiratore;
- ! abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
- ! suicidio o tentato suicidio; malattie neuropsichiatriche, nervose o mentali;
- ! malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie “Infortuni”, “Grandi Interventi”, “Rimborso Spese mediche in viaggio” e le prestazioni di assistenza “Protezione in viaggio” sono valide in tutto il Mondo.
- ✓ Le garanzie “Furto, Scippo e Rapina”, le prestazioni di assistenza “Pronto Medico” e “Abitazione Protetta” sono valide solo nel territorio della Repubblica Italiana, incluso lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino.



## Che obblighi ho?

- Quando aderisci al contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio ed in particolare sullo stato di salute tuo e degli altri Assicurati.
  - In corso di contratto hai l’obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Compagnia di ogni possibile aggravamento del rischio.
  - Sei tenuto a comunicare in forma scritta alla Compagnia, anche tramite l’Intermediario, ogni eventuale tua variazione di indirizzo di residenza.
- In caso di sinistro, devi:
- comunicare alla Compagnia e agli altri Assicuratori se sul medesimo rischio coesistono più assicurazioni;
  - informare la Compagnia dell’accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati, consegnando a quest’ultima tutta la documentazione necessaria per procedere alla valutazione ed attenendoti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia. In particolare in caso di sinistro relativo alle prestazioni di “Assistenza” e alla Garanzia “Rimborso Spese mediche in viaggio” l’Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa onde ottenere l’autorizzazione a qualsiasi intervento o spesa.



## Quando e come devo pagare?

Il premio dell’adesione alla Polizza collettiva deve essere pagato alla Compagnia alla stipula del contratto con accredito del relativo importo sul conto corrente dell’Intermediario che ha in gestione il contratto. Non sono previsti frazionamenti del premio annuale.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa, per ogni singolo Assicurato, ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di adesione alla Polizza collettiva, se il premio di adesione risulti pagato entro il primo giorno lavorativo successivo, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento, con prima scadenza alle ore 24:00 del 31 dicembre dell’anno di adesione alla Polizza collettiva, fatti salvi gli eventuali periodi di carenza contrattuale previsti dalle garanzie.

Successivamente la copertura assicurativa si intende prorogata per un anno e così successivamente sino alla data di “Ultimo Rinnovo” specificata sul Modulo di Adesione a condizione che:

- a) sia stata rinnovata la Polizza collettiva;
- b) l’Aderente-Assicurato non abbia dato disdetta dell’Adesione;
- c) non sia stato chiuso il Conto Corrente Assicurato;
- d) l’Aderente-Assicurato abbia pagato alla Società il premio dell’annualità successiva;
- e) non sia cessata la copertura per effetto del trasferimento all’estero della residenza dell’Aderente-Assicurato in assenza di altri assicurati.



## Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire l’adesione alla Polizza collettiva mediante comunicazione scritta, da inviare entro il 31 dicembre di ogni anno, alla Compagnia Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano, anche tramite l’intermediario o la banca contraente della Polizza collettiva.



GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI  
E RIASSICURAZIONI S.p.A. a Socio Unico  
Capitale Sociale: Euro 5.000.000 i.v.  
Codice Fiscale, Partita IVA e  
Registro Imprese di Milano n. 10086540159

Sede Legale e Direzione Generale:  
Piazza Diaz, 6 - 20123 Milano  
Telefono 02.433350.1 - Telefax 02.433350.20  
indirizzo PEC: globalassistancespa@legalmail.it  
Sito internet: www.globalassistance.it

Impresa autorizzata all’esercizio delle Assicurazioni  
con D.M. del 2/8/93 n. 19619 (G.U. 7/8/93 n. 184).  
Società soggetta all’attività di direzione  
e coordinamento di Ri.Fin S.r.l., iscritta all’Albo  
dei gruppi assicurativi presso l’Ivass al n. 014

# Assicurazione Multirischio Danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni  
(DIP aggiuntivo Danni)

Compagnia: **Global Assistance S.p.A.**



Prodotto: **Polizza Protezione Attiva – ed 3/PA1**

Data di aggiornamento del DIP aggiuntivo Danni: **01/01/2022**

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente/aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

**Il contraente/l'aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.**

**Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A**

Indirizzo: Piazza Diaz, 6; 20123 Milano (MI);

tel. 02.4333501;

sito internet: [www.globalassistance.it](http://www.globalassistance.it);

e-mail: [global.assistance@globalassistance.it](mailto:global.assistance@globalassistance.it);

PEC: [globalassistancespa@legalmail.it](mailto:globalassistancespa@legalmail.it)

*Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014).*

*È soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l..*

*Provvedimento di autorizzazione all'esercizio dell'attività assicurativa: Decreto Ministeriale del 02/08/1993 n° 19619 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 184 del 07/08/1993*

*Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111.*

*Il patrimonio netto dell'Impresa ammonta al 31/12/2020 a 19,29 milioni di euro; la parte di questo importo attribuibile al capitale sociale ammonta a 5 milioni di euro, mentre quella relativa alle riserve patrimoniali ammonta a 14,29 milioni di euro.*

*Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link:*

*<http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf>.*

*L'indice di solvibilità dell'Impresa è pari a 413,23% al 31/12/2020, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (19,43 milioni di euro) e il requisito patrimoniale di solvibilità (4,70 milioni di euro). L'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità minimo è pari a 3,7 milioni di euro.*

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

*Le Garanzie presenti nelle due sezioni indicate nel DIP Danni, sono standard e non modificabili e sono prestate entro i massimali previsti dalla Polizza. In riferimento alla garanzia Infortuni:*

*- in caso di chiusura del Conto Corrente Assicurato in corso dell'annualità, la garanzia è valida fino al 31 dicembre dell'anno in corso e viene comunque garantito un capitale pari ad € 2.500,00;*

*- nel caso in cui il medesimo Conto Corrente Assicurato sia cointestato a più persone fisiche, nominativamente indicate sul Modulo di Adesione, che possiedano, alla data del sinistro, i requisiti di assicurabilità, la somma assicurata (sia nel caso di saldo creditore che nel caso di saldo debitore) è ridotta in proporzione al numero di tali assicurati;*

*- qualora l'Assicurato risulti intestatario, da solo o con altri, di più Conti Correnti Assicurati, la somma assicurata sarà pari alla somma dei saldi dei singoli conti esclusa ogni compensazione, ma l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di € 100.000,00;*

*- viene comunque garantito un capitale minimo per singolo Conto Corrente Assicurato di € 2.500,00, a prescindere dal numero degli Assicurati, qualora il saldo del conto corrente (creditore o debitore) non dovesse raggiungere tale somma;*

*- in caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente più assicurati, la Compagnia corrisponderà una indennità massima non superiore ad € 1.000.000,00; gli indennizzi dovuti ai singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione alla entità dei rapporti dei singoli assicurati.*

*Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa inoltre, in merito alle coperture assicurative, quanto segue:*

*Sezione A (coperture collegate al Conto Corrente dell'Assicurato):*

### ✓ **GARANZIA INFORTUNI**

*Sono equiparati ad infortuni rientranti in copertura: l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa involontaria, le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino*

direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive, l'annegamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento.

La Garanzia comprende gli infortuni:

- derivanti dall'uso e/o guida di autoveicoli, motoveicoli e di natanti da diporto purché l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- conseguenti ad atti compiuti per dovere e solidarietà umana o per legittima difesa;
- da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti purché non di terrorismo e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- dalla pratica di sport non professionali;
- da stato di guerra, dichiarata e non dichiarata, per massimo 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità e vale solo nel caso in cui l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

#### ✓ **GARANZIA FURTO, SCIPPO E RAPINA**

L'assicurazione entra in vigore nel momento in cui si effettua il prelievo al Bancomat del Credito Valtellinese S.p.A. e fino a 2 ore dopo il prelievo stesso e vale per la sottrazione di denaro conseguente a furto con destrezza (nel momento in cui la persona ha indosso o a portata di mano il denaro), furto in seguito ad infortunio o improvviso malore della persona, scippo, estorsione, rapina commessi sul soggetto che ha prelevato il denaro (l'assicurato, un suo familiare o un delegato che agisce per suo conto) purché di età compresa tra 18 anni e 85 anni.

Sezione B (coperture legate alla persona):

#### ✓ **GRANDI INTERVENTI**

La Compagnia provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute **durante il periodo di ricovero** inerenti: gli onorari del chirurgo, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, i diritti di sala operatoria e materiale di intervento, l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami post-intervento e la retta di degenza. Nel caso in cui sia operante il Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso varrà per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'Assicurato.

#### ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**

La Compagnia rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del massimale, dietro prestazione di regolari fatture originali e purché preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, le spese mediche, farmaceutiche od ospedaliere a seguito di infortunio (rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico sul posto, spese odontoiatriche urgenti, spese per riparazione di apparecchi protesici danneggiati, spese di trasporto con mezzi attrezzati all'Istituto di cura più vicino) per cure o interventi urgenti ricevuti sul posto dall'Assicurato nel momento in cui si trova in viaggio per vacanza o lavora in Italia o all'estero.

#### ✓ **ASSISTENZA**

La Compagnia fornisce una serie di prestazioni di assistenza, erogate tramite la Centrale Operativa, attiva 24h/24 per 365 giorni all'anno, fino ad un massimo di tre volte per ciascun tipo di prestazione entro il periodo di durata dell'assicurazione.

La garanzia prevede le seguenti **3 sezioni di assistenza, tutte operanti**:

- "**Pronto Medico**": eroga prestazioni dirette in caso di urgenze dovute a malattia improvvisa o infortunio dell'assicurato quali ad esempio "l'invio di un medico a domicilio" o, in alternativa, il trasferimento dell'assicurato con ambulanza in un centro ospedaliero", il "Trasferimento sanitario dal domicilio verso un centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto l'assicurato e il "Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera", la "Consegna a domicilio di medicinali o esiti di accertamenti diagnostici", l'"Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate", "Consulti medici", "l'invio di un infermiere a domicilio" sino ad un massimo di € 50,00 al giorno e fino a 3 giorni consecutivi", ecc;

- "**Protezione in viaggio**": efficace durante i viaggi in Italia (in località distanti oltre 50 km dal proprio domicilio), o all'estero (purché la permanenza continuativa non superi i 60 giorni) ed eroga prestazioni dirette all'assicurato in caso di urgenze per eventi improvvisi dovuti a suo infortunio o malattia quali ad esempio: "Consulti medici", "l'Invio di medicinali all'estero", "Segnalazione di un medico specialista all'estero", "Rientro anticipato per decesso di un familiare in Italia", "Rimpatrio sanitario", "Rientro della salma", ecc;

- "**Abitazione protetta**": in riferimento all'abitazione principale dell'assicurato, ed eroga prestazioni dirette, in caso di interventi urgenti, quali ad esempio "l'invio di un elettricista, di un idraulico o di un fabbro", il "Rientro dell'Assicurato in seguito a sinistro avvenuto alla sua abitazione quale un furto, incendio, scoppio, allagamento".

#### **Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

L'Aderente/Assicurato ha la possibilità di acquistare entrambe le Sezioni (A o B) previste dalla polizza o indifferentemente solo una delle due. La scelta effettuata dall'Aderente non può essere soggetta a successive variazioni.

#### **OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO**

<b>Acquisto congiunto delle 2 Sezioni di Garanzia</b>	L'acquisto congiunto di entrambe le Sezioni (A e B) relative le coperture assicurative offerte comporta una riduzione del premio complessivo di circa il 5%.
---	--





## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

Ad integrazione di quanto indicato nel DIP Danni si precisa che non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, valutato con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normali e le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici. Di conseguenza l'assicurazione cessa nei confronti di tali soggetti al manifestarsi di tali affezioni.



## Ci sono limiti di copertura?

### Esclusioni

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, valgono le seguenti ulteriori esclusioni:

- le conseguenze di espianto e trapianto di organi;
- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;

In riferimento alla garanzia INFORTUNI:

- i danni derivanti da infezioni causate dalla malaria o da qualsiasi altra malattia;
- gli infortuni derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili); dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - sciistiche, ippiche, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo; da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie
- gli infortuni subiti durante il servizio di leva volontaria, per richiamo di mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale.
- le conseguenze dell'infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).
- nel caso di esistenza di un saldo creditore, sono esclusi dalla garanzia gli infortuni occorsi all'esterno dei locali della banca a seguito di aggressioni o di atti violenti subiti da persone Assicurate che al momento dell'infortunio si trovino in una posizione "pendente" con la giustizia (ad esempio per reati di associazione di tipo mafioso ovvero di associazione per delinquere ecc);

In riferimento alle garanzie di ASSISTENZA:

- la Compagnia non è tenuta alla prestazione assicurativa, né risponde del suo ritardo nel concederla, in ogni caso in cui l'inadempimento o il ritardo stesso, sia dovuto a cause di forza maggiore;
- qualora l'Assicurato, in caso di sinistro, non abbia preso contatto preventivo con la Centrale Operativa, non ha diritto all'assistenza fornita dalla Compagnia e all'eventuale rimborso delle spese mediche in viaggio salvo casi di urgenza e qualora non sia stato possibile il contatto con la Centrale Operativa;
- qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione;

Con specifico riferimento alla garanzia di assistenza "PROTEZIONE IN VIAGGIO":

- non danno luogo alla prestazione di "Rimpatrio sanitario":
  - o le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
  - o le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- le prestazioni non sono altresì dovute qualora l'Assicurato addivenga a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato;
- in riferimento alla prestazione "Rientro della salma":
  - o non sono comprese le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.
- In riferimento alla prestazione "Rimpatrio dei familiari dell'Assicurato":
  - o non sono comprese le spese di soggiorno del familiare.

### Franchigia

In riferimento alla Garanzia **RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**: è prevista una franchigia, espressa in valore assoluto, pari ad € 50,00 in Italia e a € 80,00 all'estero, per tutte le spese mediche, farmaceutiche od ospedaliere sostenute per cure o interventi urgenti ricevuti sul posto, al momento del sinistro.

### Scoperto

In riferimento alle Garanzie **ASSISTENZA e RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**: la Compagnia applica uno scoperto del 30% sulla somma indennizzabile, qualora l'Assicurato, al verificarsi del sinistro, non riesca a contattare preventivamente la Centrale Operativa.

### Rivalse

In riferimento ad **Abitazione Protetta** della Garanzia ASSISTENZA: qualora i danni dovessero essere attribuibili a responsabilità del condominio o di terzi, la Compagnia avrà diritto di rivalsa diretta verso i responsabili per l'intero importo dell'intervento.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

#### **Denuncia di sinistro:**

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro, entro i termini e modalità come di seguito riportato:

#### **GARANZIA INFORTUNI**

La denuncia, corredata di certificato medico, deve essere inoltrata per iscritto alla Compagnia, anche per il tramite dell'intermediario, **entro 15 giorni** dalla data del sinistro o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, con l'indicazione delle cause che hanno determinato l'infortunio.

Successivamente l'assicurato deve:

- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici sino a guarigione avvenuta;
- fornire, in ogni caso, alla Compagnia il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

Quando l'infortunio denunciato abbia come conseguenza la morte o quest'ultima sopraggiunga durante il periodo di cura, i beneficiari designati ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi e/o testamentari devono darne immediato avviso scritto alla Compagnia presentando la documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero, oltre a:

- certificato di morte;
- atto notorio da cui risulti l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi e/o testamentari, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Compagnia dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine, perizia o accertamento che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

#### **GARANZIA FURTO, SCIPPO E RAPINA**

In caso di sinistro l'Assicurato deve:

- denunciare il fatto all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo **entro 3 giorni** da quando esso si è verificato, specificando la qualità ed entità dei valori sottratti e le circostanze dell'evento;

- trasmettere, entro i successivi 5 giorni lavorativi, una copia della denuncia a mezzo fax o tramite raccomandata alla sede legale della Banca Contraente o alla Filiale dove sono stati aperti i rapporti e/o all'Intermediario, precisando l'eventuale esistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio e per i medesimi valori;

- presentare in aggiunta a quanto sopra, documentazione attestante l'avvenuto prelievo presso lo sportello bancomat.

L'Assicurato che dolosamente non adempie in tutto od in parte agli obblighi di cui sopra perde il diritto all'indennità.

L'Assicurato che dichiara essere stati sottratti valori che non esistevano al momento del sinistro od occulta o sottrae valori non rubati ovvero utilizza a fini di giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, perde il diritto all'indennità.

#### **GARANZIA GRANDI INTERVENTI**

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà:

- **entro 15 giorni** dal ricovero, inviare una lettera raccomandata alla Compagnia anche per il tramite della Banca Contraente o dell'intermediario, comunicando il ricovero stesso.

Successivamente, non appena in suo possesso, dovrà inviare i seguenti documenti per richiedere il rimborso:

- copia della cartella clinica;
- originali dei giustificativi di spesa;
- nel caso venga chiesto l'anticipo da versare all'Istituto di Cura, l'Assicurato dovrà spedire al più presto possibile la documentazione medica inerente l'intervento chirurgico.

#### **GARANZIA SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**

In caso di sinistro l'Assicurato dovrà prendere immediatamente contatto con la Centrale Operativa (attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno) ai seguenti recapiti telefonici:

**800.295122** (numero verde dall'Italia) o

**+ 39 011 7425601** (numero nero dall'Estero)

comunicando i seguenti dati:

- nome e cognome;
- denominazione del prodotto ("Polizza Protezione Attiva");
- numero telefonico dove la Centrale Operativa potrà, se del caso, prendere i successivi contatti. Qualora quest'ultima autorizzi le spese, l'assicurato dovrà successivamente notificare per iscritto il danno alla

	<p>Compagnia, anche per il tramite della Banca Contraente o dell'intermediario, <b>entro e non oltre 60 giorni</b> dal suo verificarsi, indicando nome, cognome, indirizzo, Numero della polizza collettiva, Numero del Modulo di Adesione sottoscritto, ed allegando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi Medica che certifichi la patologia sofferta;</li> <li>• in caso di ricovero la copia della Cartella Clinica;</li> <li>• le Ricevute delle spese sostenute e debitamente quietanzate, in originale;</li> <li>• la Prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.</li> </ul> <p>La mancata produzione dei documenti sopra elencati può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.</p> <p><b><u>GARANZIE ASSISTENZA</u></b>  Per usufruire delle prestazioni l'Assicurato dovrà preventivamente rivolgersi alla Centrale Operativa (attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno) ai seguenti recapiti telefonici:  <b>800.295122</b> (numero verde dall'Italia) o  <b>+ 39 011 7425601</b> (numero nero dall'Estero)  ed indicare il tipo di assistenza di cui necessita.  Al fine di ottenere un tempestivo intervento, si dovranno comunicare i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nome e cognome;</li> <li>- denominazione del prodotto ("Polizza Protezione Attiva");</li> <li>- indicazione esatta della località in cui l'Assicurato si trova (in caso di assistenza in viaggio);</li> <li>- numero telefonico dove la Centrale Operativa potrà, se del caso, prendere i successivi contatti;</li> <li>- indirizzo preciso dell'abitazione dell'assicurato (in caso di richieste di assistenza inerenti l'abitazione).</li> </ul>
	<p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b>  La Compagnia ha affidato ad una Struttura organizzativa esterna (Centrale Operativa) la gestione dei casi assicurativi coperti dalle Garanzie Assistenza e Rimborso spese mediche in viaggio</p>
	<p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b>  La Compagnia, per la trattazione dei sinistri, non si avvale di altre Compagnie di Assicurazione.</p>
	<p><b>Prescrizione:</b>  I termini entro i quali i diritti derivanti dal contratto si prescrivono, ovvero sono sottoposti a decadenza, corrispondono a 2 (due) anni dal momento in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne è venuto a conoscenza.</p>
<p><b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b></p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Aderente/Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p><b>Obblighi dell'impresa</b></p>	<p><u>In caso di morte da infortunio:</u> l'indennizzo verrà corrisposto agli eredi legittimi o, in loro assenza, agli eredi testamentari dell'Assicurato coinvolto, <b>entro 30 giorni</b> dalla data in cui la Compagnia ha ricevuto tutta la necessaria documentazione prevista per la liquidazione del danno.  <u>In caso di Invalidità Permanente Totale da infortunio:</u> l'indennizzo verrà corrisposto nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati; pertanto la Compagnia si impegna a comunicare all'Assicurato, effettuate le opportune verifiche, l'esito della valutazione del sinistro <b>entro 90 giorni</b> dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed a corrispondere la liquidazione dovuta <b>entro i 30 giorni</b> successivi.  Il diritto all'indennità per invalidità permanente da infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Compagnia, ricevuto il certificato di morte dell'assicurato e l'ulteriore documentazione necessaria prodotta dagli eredi (o aventi causa), liquida a questi ultimi l'importo già concordato oppure, in mancanza l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta l'importo oggettivamente determinabile dalla Compagnia in base alla valutazione della documentazione già ricevuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.  La Compagnia s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro <b>entro 90 giorni</b> dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.</p>





## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rateizzazione del premio:</b> non è previsto il frazionamento del premio annuale tuttavia, limitatamente al primo anno di adesione, se la stessa avviene non all'inizio dell'anno solare bensì nel durante, il premio dovuto verrà diminuito e rapportato alle frazioni di anno, suddivise in trimestri, che verranno effettivamente godute dall'Assicurato-Aderente;</li> <li>- <b>Adeguamento premio:</b> il premio al rinnovo è costante non prevedendo automatismi di adeguamento;</li> <li>- <b>Regime fiscale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Imposte sui premi:</u> I premi pagati includono le imposte assicurative che in questo contratto sono pari a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garanzie Infortuni, Spese Mediche in viaggio e Grandi interventi: <b>2,5%</b></li> <li>- Garanzia Furto, Scippo e Rapina: <b>22,25%</b></li> <li>- Garanzia Assistenza: <b>10%</b></li> </ul> </li> <li>▪ <u>Detraibilità fiscale dei premi:</u> I premi versati per le garanzie aventi per oggetto il rischio Morte e Invalidità permanente superiore al 5%, danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Rimborso</b>	Il presente contratto non prevede casi con diritto al rimborso del premio.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che alcune coperture del presente contratto si attivano nel rispetto dei seguenti <u>periodi di carenza</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dalle ore 24 del <b>90°</b> giorno successivo a quello di adesione, per i Grandi Interventi dovuti a malattia improvvisa dell'assicurato;</li> <li>- dalle ore 24 del <b>180°</b> giorno successivo a quello di adesione, per i Grandi Interventi dovuti patologie preesistenti, malattie croniche e recidivanti dell'assicurato;</li> <li>- dal <b>120°</b> giorno successivo a quello di adesione per "Trasferimenti sanitari dal domicilio" resi necessari da malattia dell'assicurato.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non è prevista dal presente contratto.



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non è prevista dal presente contratto.
<b>Risoluzione</b>	Non sono previste ipotesi di risoluzione.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Alle persone fisiche intestatari o cointestatari di conto corrente bancario presso una banca del Credito Valtellinese, residenti in Italia, che all'adesione non abbiano età inferiore a **18** anni o superiore a **70** anni; in presenza di Assicurati che compiono il **75°** anno di età in corso di polizza, questi usufruiscono delle coperture assicurative previste fino alle ore 24 del 31 dicembre di tale anno superato il quale, per tali Assicurati, l'assicurazione cessa.

Con la medesima polizza possono essere assicurati fino ad un massimo di **tre** persone (tutte cointestatari del medesimo conto corrente assicurato), purché specificatamente identificate all'adesione.



## Quali costi devo sostenere?

Sono a carico dell'aderente i costi di intermediazione, che gravano sul premio di polizza e che nel presente contratto sono pari al **25%** del premio imponibile.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<i>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (Numero di fax 02.43.33.50.20 – indirizzo di posta elettronica: <a href="mailto:gestione.reclami@globalassistance.it">gestione.reclami@globalassistance.it</a>). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa <a href="http://www.globalassistance.it">www.globalassistance.it</a> nella sezione "Contatti". Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.</i>
<b>All'IVASS</b>	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a>, utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'Ivass (Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>).</i>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i>
<b>Negoziazione assistita</b>	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</i>

<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<i>- <u>Arbitrato</u>: in caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro aventi ad oggetto aspetti disciplinanti il contratto di assicurazione, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.  - <u>Liti Transfrontaliere</u>: è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a>).</i>
--	--

### **AVVERTENZE:**

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO L'ADESIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.**

GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E  
RIASSICURAZIONI S.p.A. – Gruppo Assicurativo Ri.Fin

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

## “POLIZZA PROTEZIONE ATTIVA”

Ed. 3/PA1

Data ultimo aggiornamento 01/01/2022

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazioni  
Consumatori – Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

## SOMMARIO

GLOSSARIO .....	4
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	5
<b>PARTE I: MODALITA' DI ADESIONE E ALTRE NORME GENERALI .....</b>	<b>5</b>
<b>PREMESSA .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 1 – Modalità di adesione .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 2 – Decorrenza e durata dell' <i>Adesione</i> .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 3 – Pagamento del <i>Premio</i> assicurativo .....</b>	<b>5</b>
<b>Art. 4 – Offerta assicurativa - Determinazione del <i>Premio</i> assicurativo .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 5 – Cessazione dell' <i>Adesione</i> .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 6 – Termini di Disdetta .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 7 – Altre Assicurazioni .....</b>	<b>6</b>
<b>Art. 8 – Dichiarazioni relative alla circostanza del rischio .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 9 – Aggravamento del rischio .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 10 – Diminuzione del rischio .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 11 – Somma / Capitali assicurati .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 12 – Comunicazioni .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 13 – Foro competente .....</b>	<b>7</b>
<b>Art. 14 – Rinvio alla legge .....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE .....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 15 – Persone assicurabili .....</b>	<b>8</b>
<b>Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione .....</b>	<b>8</b>
<b>§ 16.1 – SEZIONE A) GARANZIA “INFORTUNI” .....</b>	<b>8</b>
<b>§ 16.1.1 – Rischi assicurati .....</b>	<b>8</b>
<b>§ 16.1.2 – Prestazioni assicurative .....</b>	<b>9</b>
<b>§ 16.1.3 - Somma assicurata .....</b>	<b>9</b>
<b>§ 16.1.4 – Limiti territoriali .....</b>	<b>9</b>
<b>§ 16.2 – SEZIONE A) GARANZIA “FURTO, SCIPPO e RAPINA” .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.2.1 – Rischi assicurati .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.2.2 – Somma assicurata .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.2.3 – Limiti territoriali .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.3 – SEZIONE B) GARANZIA “GRANDI INTERVENTI” .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.3.1 – Rischi assicurati .....</b>	<b>10</b>
<b>§ 16.3.2 – Somma assicurata .....</b>	<b>11</b>
<b>§ 16.3.3 – Limiti territoriali .....</b>	<b>11</b>

§ 16.4 – SEZIONE B) GARANZIA “RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO” .....	11
§ 16.4.1 – Rischi assicurati .....	11
§ 16.4.2 – Somma assicurata .....	11
§ 16.4.3 – Limiti territoriali .....	11
§ 16.5 – SEZIONE B) GARANZIA ASSISTENZA .....	12
§ 16.5.1 –“PRONTO MEDICO” .....	12
§ 16.5.2 –“PROTEZIONE IN VIAGGIO” .....	13
§ 16.5.3 –“ABITAZIONE PROTETTA” .....	15
Art. 17 – Esclusioni .....	16
§ 17.1 – Esclusioni generali (applicabili a tutte le garanzie) .....	16
§ 17.2 – Esclusioni specifiche di garanzia .....	16
§ 17.2.1 – Esclusioni specifiche Garanzia INFORTUNI .....	16
§ 17.2.2 – Esclusioni specifiche Garanzia Furto, Scippo e Rapina .....	17
§ 17.2.3 – Esclusioni specifiche Garanzia Grandi Interventi .....	17
§ 17.2.4 – Esclusioni specifiche Garanzia Rimborso Spese mediche in viaggio .....	17
§ 17.2.5 – Esclusioni specifiche Garanzia Assistenza .....	17
<b>PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL’INDENNIZZO</b> .....	<b>18</b>
Art. 18 – Obblighi in caso di sinistro .....	18
§ 18.1 – GARANZIA INFORTUNI .....	18
§ 18.1.1 – Denuncia dell’infortunio .....	18
§ 18.1.2 – Criteri di indennizzabilità .....	19
§ 18.1.3 – Liquidazione .....	19
§ 18.1.4 – Cumulo di indennità .....	19
§ 18.1.5 – Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni .....	19
§ 18.1.6 – Rinuncia al diritto di surroga .....	20
§ 18.2 – GARANZIA FURTO, SCIPPO E RAPINA .....	20
§ 18.2.1 – Denuncia del sinistro (furto, scippo e rapina) .....	20
§ 18.2.2 – Esagerazione dolosa del danno .....	20
§ 18.3 – GARANZIA GRANDI INTERVENTI .....	20
§ 18.4 – GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO .....	20
§ 18.5 – GARANZIA ASSISTENZA .....	20
ALLEGATO 1: ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO .....	21



## GLOSSARIO

Ai seguenti termini, le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

**Abitazione:** fabbricato o porzione di fabbricato, costituente il domicilio dell'Assicurato ed adibito a dimora abituale dello stesso, situato in territorio italiano.

**Aderente-Assicurato:** la persona fisica, intestataria o cointestataria di un conto corrente di corrispondenza attivo presso la banca Contraente, che abbia aderito alla presente Polizza collettiva sottoscrivendo il relativo *Modulo di Adesione*.

**Assicurato:** il soggetto, il cui interesse è protetto dall'assicurazione, che mantiene nel corso della validità delle coperture tale requisito (ai sensi dell'Art. 15 - Presone assicurabili).

**Banca Contraente / Contraente:** il Credito Valtellinese S.p.A., che ha sottoscritto la Polizza collettiva.

**Carenza:** periodo in cui la garanzia non produce effetti

**Centrale Operativa:** Struttura Organizzativa esterna (operante in conformità alle norme e regolamenti di vigilanza di tempo in tempo vigenti) costituita da medici, tecnici, operatori messi a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, cui la Compagnia ha affidato incarico per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.

**Compagnia:** Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. di seguito "Global Assistance S.p.A".

**Conto Corrente Assicurato:** il conto corrente di corrispondenza, intestato o cointestato all'Aderente-Assicurato, indicato nel Modulo di Adesione.

**Convenzione:** contratto stipulato tra il Credito Valtellinese S.p.A. e la Compagnia, che prevede una copertura assicurativa offerta, a condizioni di particolare favore, ai clienti (intestatari di conto corrente di corrispondenza) che esprimano la propria volontaria adesione mediante compilazione e sottoscrizione di apposito modulo e sostengano l'onere economico connesso al pagamento del Premio.

**Copertura assicurativa (/ Adesione):** il singolo contratto di adesione.

**Decorrenza:** è la data di effetto della singola *Adesione*.

**Estorsione:** è il reato previsto dall'art. 629 del Cod. Pen. perpetrato da chi, mediante violenza o minaccia, costringendo taluno a fare o ad omettere qualche cosa, procura a sé o ad altri un ingiusto profitto con altrui danno.

**Franchigia:** è la parte del danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

**Furto:** è il reato, previsto dall'art. 624 del Cod. Pen, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

**Furto con destrezza:** si intende la sottrazione di cose con speciale abilità personale in modo da eludere l'attenzione del derubato o di altre persone presenti, tale speciale abilità può esercitarsi con agilità e sveltezza di mano su cose che siano indosso o a portata di mano del derubato, eludendo l'attenzione di lui presente e normalmente vigilante.

**Incendio:** è la combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi. Non sono da considerarsi a nessun fine come incendio le bruciature non accompagnate da sviluppo di fiamma.

**Indennizzo:** la somma dovuta dalla Compagnia in caso di sinistro.

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

**Intermediario:** con tale termine si intende Global Assicurazioni S.p.A., società iscritta alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi e il Credito Valtellinese S.p.A., iscritto alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi. Global Assicurazioni S.p.A. si occupa delle attività di intermediazione, incluso l'incasso dei premi e la gestione delle polizze, fatta eccezione per la proposizione del contratto alla clientela e la raccolta delle firme che avviene ad opera del Credito Valtellinese S.p.A..

**Intervento chirurgico:** qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

**Invalidità permanente:** perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dall'attività svolta, conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.

**In viaggio:** qualunque località ad oltre 50 chilometri dal comune di residenza o di dimora abituale dell'Assicurato.

**Istituto di Cura:** qualunque struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

**Malattia:** alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia improvvisa:** malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso noto all'Assicurato.

**Malattia preesistente:** malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche preesistenti alla sottoscrizione dell'Assicurazione.

**Massimale / Somma assicurata:** somma massima, stabilita dalla garanzia/prestazione, sino alla cui concorrenza la *Compagnia* si impegna a prestare la garanzia oppure a fornire la prestazione.

**Modulo di Adesione:** il documento sottoscritto dall'Aderente-Assicurato mediante il quale lo stesso aderisce alla *Polizza collettiva*.

**Premio collettivo:** il documento che regola l'assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse degli Aderenti-Assicurati.

**Premio:** la somma dovuta alla Compagnia in relazione all'assicurazione.

**Prestazioni:** le garanzie e le assistenze prestate dalla Compagnia, anche per il tramite della Centrale Operativa, all'Assicurato.

**Rapina:** reato previsto dall'art. 628 del Cod. Pen., perpetrato da chiunque si impossessi, mediante violenza alla persona o minaccia, della cosa mobile altrui sottraendola a chi la detiene, per procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto.

**Ricovero:** degenza in *Istituto di Cura* comportante pernottamento.

**Saldo contabile:** somma algebrica delle operazioni che sono state registrate a debito e a credito del conto corrente assicurato.

**Scippo:** il reato previsto dagli artt. 624 e 625 del Cod. Pen., perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui strappandola di mano o di dosso alla persona, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

**Sinistro:** verificarsi del fatto dannoso per il quale è prevista l'assicurazione.

**Ultimo rinnovo:** termine superato il quale la polizza non potrà più essere rinnovata ulteriormente.

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**AVVERTENZA:** Si segnala che in ottemperanza alla normativa vigente, le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie o oneri a carico del Contraente o dell'Aderente-Assicurato, contenute nelle Condizioni di Assicurazione sono stampate con formato del carattere a sfondo grigio e sono da intendersi di particolare rilevanza ed evidenza.

### PARTE I: MODALITÀ DI ADESIONE E ALTRE NORME GENERALI

#### PREMESSA

La presente *Polizza collettiva*, stipulata tra il Credito Valtellinese S.p.A. (*Banca Contraente*) e Global Assistance S.p.a. (la *Compagnia*) è collegata ad una Convenzione grazie alla quale vengono proposte, ai clienti che dovessero aderire, coperture assicurative a condizioni di particolare favore.

#### Art. 1 – Modalità di adesione

L'adesione alla *Polizza collettiva* avviene tramite la sottoscrizione di apposito documento, da parte dell'*Aderente-Assicurato*, e si concretizza con il pagamento del premio assicurativo.

Con il medesimo contratto possono essere assicurati fino ad un massimo di tre persone, in qualità di cointestatari del medesimo *Conto Corrente Assicurato*, purché specificatamente identificate nel *Modulo di Adesione* e previa verifica, da parte della *Compagnia*, della sussistenza dei requisiti di cui all'Art. 15 – “Persone assicurabili”.

#### Art. 2 – Decorrenza e durata dell'Adesione

La *copertura assicurativa* decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nel *Modulo di polizza*, purché il *Premio di adesione* sia stato pagato entro il primo giorno lavorativo successivo; in caso contrario, ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento con **prima scadenza** alle ore 24:00 del **31 dicembre** dell'anno di adesione alla *Polizza Collettiva*.

Successivamente la *copertura assicurativa* si intende automaticamente **prorogata di anno in anno**, sino alla data di *Ultimo Rinnovo* specificata sul *Modulo di Adesione*, calcolata quest'ultima in base al raggiungimento del 75° anno di età del più giovane tra le persone assicurate, **a condizione che:**

- A. **sia stata rinnovata la *Polizza collettiva*** collegata alla *Convenzione* (ovvero non sia stata inviata disdetta ai sensi dell'Art. 6 - “Termini di disdetta” che segue);
- B. **l'*Aderente-Assicurato* non abbia esercitato la disdetta** (ai sensi dell'Art. 6 - “Termini di disdetta” che segue);
- C. **non sia stato chiuso il *Conto Corrente Assicurato***;
- D. **l'*Aderente-Assicurato* abbia pagato alla *Compagnia* il *Premio di rinnovo*** (secondo le modalità di cui all'Art. 3 – “Pagamento del premio assicurativo” che segue);
- E. **l'*Aderente-Assicurato* non abbia trasferito all'estero la propria residenza, in assenza di altri *Assicurati*** (vedasi Art. 5 – “Cessazione dell'Adesione” che segue).

#### Art. 3 – Pagamento del Premio assicurativo

##### • Premio di adesione

Il *Premio* di adesione è calcolato pro quota trimestrale in base al giorno di adesione e, per avere efficacia la *copertura assicurativa*, deve essere pagato nel rispetto delle tempistiche di cui all'articolo precedente. Sono previste quattro fasce di premio corrispondenti ai trimestri di adesione:

- ✓ dal 1 gennaio al 31 marzo (1^ fascia);
- ✓ dal 1 aprile al 30 giugno (2^ fascia);
- ✓ dal 1 luglio al 30 settembre (3^ fascia);
- ✓ dal 1 ottobre al 31 dicembre (4^ fascia).

##### • Premio di rinnovo

Il Premio di rinnovo, fisso e costante nel tempo, è interamente dovuto in un'unica rata annuale e deve essere pagato **entro il 31 dicembre di ogni anno**.

In entrambi i casi il premio assicurativo deve essere pagato alla *Compagnia* con accredito del relativo importo sul conto corrente dell'*Intermediario* che ha in gestione il contratto. Al fine dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del *Premio* fa fede la documentazione contabile del competente Istituto di credito.

Sono a carico del *Contraente* le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri fiscali stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al *Premio*.

#### Art. 4 – Offerta assicurativa - Determinazione del Premio assicurativo

Il prodotto si compone di 2 Sezioni (A e B) liberamente opzionabili, singolarmente o congiuntamente, al momento della sottoscrizione del *Modulo di Adesione*, che includono ognuna un pacchetto di garanzie (vedasi Art. 16 – “Oggetto dell’assicurazione sezione”).

L’acquisto congiunto di entrambe le Sezioni comporta una riduzione del premio complessivo di circa il 5%.

La combinazione scelta non può più essere modificata nel tempo.

Il Premio assicurativo è determinato in base alle Sezioni selezionate ed operanti e non dipende dal numero degli *Assicurati* presenti nel medesimo contratto.

#### Art. 5 – Cessazione dell’Adesione

##### • **Trasferimento all’estero della residenza:**

qualora nel corso del periodo di copertura, la residenza di un *Assicurato* venga trasferita all’estero, la *copertura assicurativa cessa contestualmente* nei confronti di tale soggetto, mentre resta in essere per gli altri *Assicurati*, qualora presenti. In assenza di altri *Assicurati* la *copertura assicurativa contestualmente cessa* con il trasferimento all’estero della residenza dell’*Aderente-Assicurato*.

##### • **Condizioni di operatività:**

qualora nel corso del periodo di copertura venga meno una o più tra le condizioni **A, B o C** dell’Art. 2 (“Decorrenza e durata della copertura assicurativa”), la *copertura assicurativa* resterà comunque in vigore **fino al 31 dicembre** dell’anno in cui si è verificato uno dei tre casi succitati, dopodiché **cessa**.

Nel solo caso di chiusura del *Conto Corrente Assicurato* (punto **C** dell’Art. 2 - “Decorrenza e durata della copertura assicurativa”), la garanzia Infortuni presente nella Sezione A, qualora operante, rimarrà in vigore dalle ore 24:00 del giorno di chiusura del conto, alle **diverse condizioni** (come specificato al paragrafo §16.1.3 – “Somma assicurata” della Garanzia Infortuni).

#### Art. 6 – Termini di Disdetta

##### • **Polizza collettiva:**

In mancanza di disdetta della *Polizza collettiva* collegata alla Convenzione, che può essere esercitata sia dalla *Contraente* che dalla *Compagnia*, mediante lettera raccomandata A/R spedita almeno **30** giorni prima di ogni scadenza annuale (che corrisponde al 31 dicembre di ogni anno), la *Polizza collettiva* è prorogata per un anno e così successivamente.

##### • **Singola adesione:**

L’*Aderente-Assicurato* può disdire l’adesione alla *Polizza collettiva* mediante **comunicazione scritta**, da inviare entro il 31 dicembre di ogni anno, alla *Compagnia* (al seguente indirizzo: Global Assistance SPA - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano), anche tramite l’intermediario o la *Banca Contraente* della *Polizza collettiva*.

#### Art. 7 – Altre Assicurazioni

L’*Aderente-Assicurato* è esonerato dall’obbligo di preventiva denuncia alla *Compagnia* di eventuali altre assicurazioni che lui o gli altri *Assicurati* avessero in corso o dovessero stipulare (con la *Compagnia* o con altre Imprese assicurative) per gli stessi rischi, restando obbligato a darne comunicazione solo al momento della denuncia del *Sinistro* (ai sensi dell’art. 1910 del Codice Civile).

Qualora, al momento dell’adesione alla presente *Polizza collettiva*, gli *Assicurati* abbia già analoghe coperture con la *Compagnia*, si conviene tra le parti che:

- nel caso in cui il precedente contratto cessi in data pari a quella di adesione alla presente *Polizza collettiva*, i termini di decorrenza per le *carenze ove previsti, operano:*
  - dal giorno in cui aveva avuto effetto il precedente contratto, per le *Prestazioni* ed i *Massimali* da quest’ultimo previsti;
  - dal giorno in cui ha effetto la presente *Adesione*, limitatamente alle eventuali maggiori somme assicurate ed alle diverse *Prestazioni* da essa previste;
- nel caso in cui il precedente contratto prosegua la sua validità successivamente alla data di adesione alla presente *Polizza collettiva:*
  - limitatamente al periodo di contemporanea validità dei contratti:
    - il numero delle *Prestazioni* erogabili in un anno, ove previste e relative alle garanzie di assistenza, devono intendersi sommate;
    - le somme e i *Massimali* assicurati delle garanzie diverse da assistenza devono intendersi cumulati, fermi restando i singoli limiti;
    - sulla presente *Adesione* si applicano i termini di decorrenza per le *carenze* contrattualmente previste.
  - dalla data dell’eventuale cessazione del precedente contratto, i termini di *decorrenza* per le *carenze* della presente *Adesione*, ove previsti, operano:
    - dal giorno in cui aveva avuto effetto il precedente contratto, per le *Prestazioni* ed i *Massimali* da quest’ultimo previsti;
    - dal giorno in cui ha effetto la presente *Adesione*, limitatamente alle eventuali maggiori somme assicurate ed alle diverse *Prestazioni* da essa previste.

#### Art. 8 – Dichiarazioni relative alla circostanza del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'*Aderente-Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, ed in particolare sullo stato di salute dei soggetti *Assicurati*, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo* nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.

#### Art. 9 – Aggravamento del rischio

In corso di contratto l'*Aderente-Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni possibile aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo* nonché la cessazione dell'*Assicurazione*, ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

**Esempio:** Costituisce un aggravamento di rischio non accettabile ai sensi del presente contratto, con conseguente cessazione della *copertura assicurativa* per il singolo soggetto assicurato, il manifestarsi in corso di contratto di malattie riconducibili all'Art. 15 – Persone non assicurabili.

#### Art. 10 – Diminuzione del rischio

Il presente contratto non presenta casi di diminuzione del rischio, anche qualora per taluno degli *Assicurati* la *copertura assicurativa* dovesse cessare, in quanto il *premio* non viene commisurato al numero dei soggetti assicurati presenti sul medesimo contratto (vedasi Art. 4 – Offerta assicurativa – Determinazione del Premio assicurativo).

#### Art. 11 – Somma / Capitali assicurati

In presenza, al momento del sinistro, di più di un soggetto assicurato con il medesimo *Modulo di Adesione*, le garanzie, laddove specificato, devono intendersi applicate con massimale/capitale individuale ridotto in proporzione a tale numero.

#### Art. 12 – Comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'*Assicurato* o gli aventi diritto sono tenuti, con riferimento alla presente assicurazione, dovranno essere effettuate in forma scritta con lettera Raccomandata a/r alla direzione della *Compagnia* oppure tramite l'*Intermediario* Global Assicurazioni SpA.

Ogni eventuale variazione di indirizzo di residenza dell'*Aderente-Assicurato* deve essere comunicato alla *Compagnia* anche per il tramite dell'*Intermediario*. Eventuali comunicazioni da parte della *Compagnia* all'*Aderente-Assicurato* saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto.

#### Art. 13 – Foro competente

Per ogni controversia in qualunque modo connessa alla presente assicurazione sarà competente, in via esclusiva, il Foro dove ha sede, residenza o domicilio il *Contraente*/l'*Assicurato*.

#### Art. 14 – Rinvio alla legge

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

## PARTE II: COSA E' COPERTO E COSA E' ESCLUSO DALL'ASSICURAZIONE

### Art. 15 – Persone assicurabili

Al presente *Polizza collettiva* possono aderire unicamente i soggetti, persone fisiche, intestatari (o cointestatari) di un conto corrente di corrispondenza attivo presso una filiale della *Banca Contraente*.

Unitamente all'*Aderente-Assicurato*, con il medesimo contratto possono essere assicurate ulteriori due persone, in qualità di cointestatari del medesimo *Conto Corrente Assicurato*, purché specificatamente identificate sul *Modulo di Adesione*.

Tutti gli *Assicurati* devono possedere i seguenti **requisiti di assicurabilità**:

1. **essere residenti in Italia**; in caso di trasferimento all'estero si applica quanto indicato all'Art. 5 – “Cessazione dell'Adesione”;
2. **non abbiano, all'adesione, età inferiore a 18 anni e superiore ai 70 anni**;
3. **abbiano, al rinnovo, età pari o inferiore a 75 anni**: gli *Assicurati* che compiono il **75° anno di età** nel corso del periodo assicurato, usufruiscono della *copertura assicurativa* fino alle ore 24:00 del 31 dicembre di tale anno (definito sul Modulo di Adesione come “Termine dell'Assicurabilità”) superato il quale, per tali *Assicurati*, l'assicurazione **cessa**;
4. **non siano affetti, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute**:
  - ✗ da *Invalità Permanente* di grado pari o superiore al **60%**, valutato con riferimento ad un soggetto di integrità fisica e di salute normali;
  - ✗ da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
  - ✗ dalle infermità mentali quali la sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza **l'assicurazione cessa** nei confronti di tali soggetti al manifestarsi di tali affezioni in corso di contratto.

In riferimento al punto 4, l'*Aderente-Assicurato* rilascia apposita **dichiarazione scritta** alla sottoscrizione del *Modulo di adesione*.

### Art. 16 – Oggetto dell'assicurazione

Sono previste due sezioni di coperture:

- **SEZIONE A** – coperture collegate al *Conto Corrente Assicurato* – che include le seguenti garanzie:
  - **Garanzia “INFORTUNI”** (paragrafo § 16.1), per infortuni professionali ed extraprofessionali che abbiano per conseguenza la Morte o un'*Invalità Permanente* di grado pari o superiore al 60%;
  - **Garanzia “FURTO, SCIPPO E RAPINA”** (paragrafo § 16.2), in caso di Furto, scippo e rapina delle somme prelevate presso le apparecchiature Bancomat del Credito Valtellinese S.p.A.
- **SEZIONE B** – che include le seguenti garanzie:
  - **Garanzia “GRANDI INTERVENTI”** (paragrafo § 16.3) per specifici eventi riconducibili a *Malattia* ed *Infortunio*;
  - **Garanzia “RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO”** (paragrafo § 16.4) eventi riconducibili a *Malattia improvvisa* o *Infortunio* in viaggio.
  - **Garanzia ASSISTENZA** (paragrafo § 16.5) che si compone di 3 pacchetti di *Prestazioni* di assistenza:
    - **“PRONTO MEDICO”** (paragrafo § 16.5.1), rivolto all'*Assicurato*, in **Italia**
    - **“PROTEZIONE IN VIAGGIO”** (paragrafo § 16.5.2), rivolto all'*Assicurato* in viaggio, in Italia o all'estero;
    - **“ABITAZIONE PROTETTA”** (paragrafo § 16.5.3) riferita all'abitazione (residenza dell'*Assicurato*), in **Italia**.

Le garanzie assicurative sono fornite alle condizioni specifiche indicate nei paragrafi che seguono e saranno operanti esclusivamente se le Sezioni che le comprendono risultino opzionate e indicate come “comprese” sul *Modulo di Adesione* sottoscritto dall'*Aderente-Assicurato*.

### § 16.1 – SEZIONE A) GARANZIA “INFORTUNI”

#### **§ 16.1.1 – Rischi assicurati**

La copertura vale per gli *Infortuni* che l'*Assicurato* subisca nell'esercizio delle occupazioni professionali o nello svolgimento di ogni attività non professionale, che abbiano per conseguenza la Morte o un'*Invalità Permanente* di grado pari o superiore al 60%.

Sono compresi in garanzia gli *Infortuni*:

1. derivanti dall'uso e/o guida di autoveicoli, motoveicoli e di natanti da diporto, purché l'*Aderente-Assicurato*, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
2. sofferti in conseguenza di maleore o in stato di incoscienza, purché non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
3. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. conseguenti ad atti compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
5. derivanti da tumulti popolari, aggressioni o atti violenti in genere purché non di terrorismo, a condizione che l'*Aderente-Assicurato* non vi abbia partecipato in modo volontario;
6. derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di paracadutismo e sport aerei in genere e di quanto indicato nelle “Esclusioni specifiche – Garanzia *Infortuni*”

Sono, inoltre, considerati *Infortuni*:





## Global Assistance

7. l'asfissia non di origine morbosa;
  8. gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni;
  9. le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
  10. l'annegamento;
  11. le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra Malattia;
  12. la folgorazione, i colpi di sole o di calore, l'assideramento o il congelamento.
- La garanzia è estesa agli *Infortuni* derivanti da:
13. stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'*Aderente-Assicurato* risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. La presente estensione non vale per il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

### § 16.1.2 – Prestazioni assicurative

La garanzia prevede il pagamento della somma assicurata (come da paragrafo § 16.1.3 che segue), in caso di *Infortunio* che abbia per conseguenza:

1. la **Morte**, che sopravvenga non oltre 2 anni dal momento in cui si è verificato l'*Infortunio*;
2. un'**Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al **60%**, che si verifichi entro **2** anni dal giorno nel quale l'*Infortunio* è avvenuto.

Il grado di *Invalidità Permanente* viene determinata secondo le percentuali previste dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124 del 30 Giugno 1965 (Tabella INAIL) e successive modifiche intervenute sino alla data di stipula del presente contratto.

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

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità previste dalla sopra richiamata Tabella INAIL sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso l'*Infortunio* determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

Nei casi di *Invalidità Permanente* non specificati nella sopra richiamata Tabella INAIL, l'*Indennizzo* è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'*Aderente-Assicurato* ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

### § 16.1.3 - Somma assicurata

La *somma assicurata* è pari al valore assoluto del montante del saldo di chiusura (creditore o debitore) del *Conto Corrente Assicurato* risultante dai libri della *Banca Contraente* la vigilia del giorno dell'*infortunio*, eventualmente modificato dalla registrazione di quelle operazioni bancarie iniziate anteriormente all'*infortunio* ma non ancora contabilizzate (in via esemplificativa si precisa che si intendono per tali le disposizioni scritte e/o l'emissione di assegni bancari da parte dell'*Assicurato* aventi data antecedente a quella del giorno dell'*infortunio*), nonché degli interessi debitori e creditori maturati sul conto fino al giorno dell'*infortunio*.

Si conviene inoltre che:

- la *somma assicurata* e quindi l'*indennizzo* da parte della *Compagnia* non potrà eccedere l'importo annuale di **euro 75.000,00** per singolo *Conto Corrente Assicurato*;
- nel caso in cui il *Conto Corrente Assicurato* sia intestato a più persone fisiche, nominativamente indicate sul *Modulo di Adesione*, che possiedano, alla data del sinistro, i requisiti di assicurabilità, la *somma assicurata* (sia nel caso di saldo creditore che nel caso di saldo debitore) è ridotta in proporzione al numero dei cointestatari assicurati;
- qualora l'*Assicurato* risulti intestatario, da solo o con altri, di più *Conti Correnti Assicurati*, la *somma assicurata* sarà pari alla somma dei saldi dei singoli conti esclusa ogni compensazione, **ma l'indennizzo non potrà superare la somma complessiva di euro 100.000,00**;
- viene comunque garantito un capitale minimo per singolo *Conto Corrente Assicurato* di **euro 2.500,00**, a prescindere dal numero degli Assicurati, qualora il saldo del conto corrente (creditore o debitore) non dovesse raggiungere tale somma;
- in caso di *sinistro* che coinvolga contemporaneamente più *assicurati*, la *Compagnia* corrisponderà una *indennità* massima non superiore a **euro 1.000.000,00**; gli indennizzi dovuti ai singoli infortunati saranno ridotti proporzionalmente in relazione alla entità dei rapporti dei singoli assicurati;
- in caso di chiusura del *Conto Corrente Assicurato* viene comunque garantito, **fino al 31 dicembre** dell'anno di chiusura del conto corrente, un capitale di **euro 2.500,00**.

### § 16.1.4 – Limiti territoriali

La garanzia *Infortuni* vale per il mondo intero, esclusi i territori che si trovano in stato di guerra dichiarata o non dichiarata. L'eventuale indennizzo verrà, in ogni caso, liquidato in Italia in valuta euro.

Nei casi di *infortuni* verificatisi all'estero, resta inteso che l'accertamento delle eventuali invalidità permanenti verrà normalmente fatto al rientro in Italia dell'*Assicurato*.

Qualora però le condizioni dell'Assicurato fossero tali da rendere pericoloso o precario o molto disagiata il suo rientro in Italia e la Compagnia abbia la possibilità, a suo giudizio, di ottenere l'efficiente collaborazione di una Società di proprio gradimento operante all'estero, tale accertamento potrà essere fatto nel paese dove l'Assicurato si trovi.

## § 16.2 – **SEZIONE A) GARANZIA “FURTO, SCIPPO e RAPINA”**

### § 16.2.1 – **Rischi assicurati**

La copertura vale per la sottrazione di denaro conseguente a:

1. *Furto con destrezza*, limitatamente ai casi in cui la persona ha indosso o a portata di mano il denaro;
2. *Furto* in seguito ad *Infortunio* o ad improvviso malore della persona;
3. *Furto* strappando di mano o di dosso alla persona il denaro (*Scippo*);
4. *Estorsione*;
5. *Rapina*,

commessi sulla persona dell'Assicurato o di altra persona (familiare o delegato) che agisca per conto dell'Assicurato, dopo che abbia prelevato il denaro con una operazione effettuata tramite apparecchiatura Bancomat del Credito Valtellinese S.p.A.

La garanzia è prestata:

- a condizione che la persona, in possesso dei valori, sia di età non inferiore a **18 anni** e non superiore a **85 anni**;
- dal momento in cui viene effettuato il prelievo al Bancomat e fino a **2 ore** dopo l'orario di prelievo.

### § 16.2.2 – **Somma assicurata**

La *somma assicurata* per singolo *Conto Corrente Assicurato* è di **euro 1.000,00 per anno** con il limite per singolo sinistro di **euro 250,00**.

### § 16.2.3 – **Limiti territoriali**

La garanzia ha efficacia **esclusivamente nel territorio della Repubblica Italiana, incluso lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino**.

## § 16.3 – **SEZIONE B) GARANZIA “GRANDI INTERVENTI”**

### § 16.3.1 – **Rischi assicurati**

La garanzia prevede il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante il *ricovero* in *Istituti di cura per Interventi chirurgici* resisi necessari per:

1. **tumori maligni**;
2. **malattie cardiache**;
3. **trapianto di organi** (sia *espianto* che *trapianto*);
4. **interventi al sistema nervoso centrale** (dovuti a *Malattia* o *Infortunio*);
5. **Infortunio**, limitatamente a:
  1. **Cranio**: craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali.
  2. **Faccia e Bocca**:
    - riduzione fratture mandibolari con osteosintesi;
    - fratture del condilo e dell'apofisi coronoide mandibolari: trattamento chirurgico e ortopedico;
    - fratture dei mascellari superiori: trattamento chirurgico e ortopedico.
  3. **Peritoneo e intestino**:
    - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali;
    - laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesioni dell'intestino;
    - resezione intestinale.
  4. **Milza**: splenectomia.
  5. **Ortopedia e traumatologia**:
    - disarticolazione interscapolotoracica;
    - emipelvectomy;
    - artroprotesi di anca;
    - protesi di femore;
    - artroprotesi di ginocchio;
    - artroprotesi di gomito;
    - protesi di Thompson;
    - protesi di spalla e gomito;
    - protesi di polso;
    - protesi di ginocchio;
    - vertebrotomia.

Nei casi sopra descritti verranno rimborsate le spese sostenute durante il periodo di *Ricovero* per:

- ✓ gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- ✓ diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- ✓ l'assistenza medica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami post-intervento;
- ✓ la retta di degenza.

La garanzia, fatto salvo quanto indicato all'Art. 7 – Altre assicurazioni, decorre dalle ore 24:00:

- ✓ del giorno di adesione per gli infortuni;
- ✓ del 90° giorno successivo a quello di adesione per le *malattie*,
- ✓ del 180° giorno successivo a quello di adesione per patologie preesistenti, malattie croniche e recidivanti.

#### § 16.3.2 – **Somma assicurata**

La garanzia è prestata con un *Massimale* annuale per ogni singolo *Conto Corrente Assicurato* di **euro 12.500,00**.

In presenza di più di un *Assicurato*, indicato sul medesimo Modulo di Adesione, che possieda al momento del *Sinistro* i requisiti di assicurabilità (di cui all'Art. 15 – “Persone assicurabili”) il *Massimale* individuale annuale deve intendersi ridotto in misura proporzionale.

Nel caso in cui sia operante il Servizio Sanitario Nazionale, il rimborso varrà per l'eccedenza di spese sostenute in proprio dall'*Assicurato*.

In caso di recidiva della medesima patologia, che comporti un nuovo *ricovero* con *Intervento chirurgico rientrante nelle casistiche assicurate*, l'*Assicurato* potrà beneficiare del rimborso delle spese sostenute fino alla concorrenza di un importo complessivamente **non superiore** al *Massimale* individuale annuale disponibile al momento del primo Intervento chirurgico, ancorché le spese siano sostenute in annualità assicurative differenti.

#### § 16.3.3 – **Limiti territoriali**

La garanzia è operante per eventi avvenuti in tutto il mondo.

### § 16.4 – **SEZIONE B) GARANZIA “RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO”**

#### § 16.4.1 – **Rischi assicurati**

La garanzia è fornita in caso di *infortunio* o *malattia* improvvisa sopravvenuti quando l'*Assicurato* si trovi in viaggio per vacanze o per lavoro in Italia o all'estero.

In caso soggiorni all'estero la validità della garanzia opera per viaggi di **durata continuativa non superiori a 60 giorni**.

#### § 16.4.2 – **Somma assicurata**

La *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato*, dietro presentazione di regolari fatture originali e purché preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, le spese mediche, farmaceutiche od ospedaliere per cure o interventi urgenti ricevuti sul posto, sostenute fino alla concorrenza del *massimale* annuo di **euro 800,00 in Italia e euro 3.300,00 all'estero**, con l'applicazione di una **franchigia assoluta**, per sinistro, di **euro 50,00 in Italia e di euro 80,00 all'estero**.

In presenza di più di un *Assicurato*, con il medesimo *Modulo di Adesione*, che possieda al momento del *sinistro* i requisiti di assicurabilità (di cui all'Art. 15 – “Persone assicurabili”), il *massimale* annuo individuale deve intendersi ridotto in misura proporzionale.

Nelle spese mediche sostenute si intendono comprese:

- ✓ **rette di degenza** in *Istituto di cura* a seguito di *ricovero* prescritto dal medico sul posto, **fino a euro 100,00 al giorno per Assicurato**;
- ✓ **spese odontoiatriche urgenti** sostenute a seguito di *infortunio* fino alla concorrenza del **massimale di euro 100,00 per Assicurato**;
- ✓ **spese per riparazione di apparecchi protesici** danneggiati a seguito di *infortunio* fino alla concorrenza del **massimale di euro 100,00 per Assicurato**;
- ✓ **spese di trasporto** con mezzi attrezzati all'*Istituto di cura* più vicino.

#### § 16.4.3 – **Limiti territoriali**

La garanzia è operante per eventi avvenuti in tutto il mondo con i limiti di durata viaggio come da paragrafo che precede (16.4.1).

## § 16.5 – SEZIONE B) GARANZIA ASSISTENZA

Le *Prestazioni* previste dalla presente garanzia sono fornite in forma diretta, tramite apposita struttura organizzativa esterna (in breve denominata **Centrale Operativa**) appositamente delegata dalla *Compagnia*.

La *Compagnia* si riserva la facoltà di sostituire la *Centrale Operativa* in corso di contratto, ove ritenesse opportuno, dandone avviso tempestivo alla *Banca Contraente* e garantendo agli *Assicurati* continuità di servizio con le medesime *Prestazioni* previste dalla Garanzia Assistenza.

La *Centrale Operativa* è attiva **24 ore su 24 per 365 giorni all'anno**.

Le *Prestazioni* sono erogabili fino ad un massimo di **3 volte, per ciascun tipo**, nel periodo di durata della copertura, a prescindere dal numero degli assicurati inclusi in copertura.

La Garanzia Assistenza si compone di 3 pacchetti di prestazioni, come da paragrafi che seguono:

### § 16.5.1 – “PRONTO MEDICO”

Le *prestazioni* di assistenza che seguono hanno efficacia esclusivamente in Italia.

#### a) - Invio medico

Quando l'*Assicurato*, in caso di *malattia* improvvisa o *infortunio*, necessita di una visita medica, la *Compagnia* provvede, previa valutazione della Guardia Medica della *Centrale Operativa*, ad inviare un Medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la *Compagnia* organizza il trasferimento dell'*Assicurato* con ambulanza ad un ospedale per le cure del caso. Tali prestazioni vengono erogate quando non sia reperibile il medico curante dell'*Assicurato*.

#### b) Consegna esiti a domicilio

Quando l'*Assicurato* si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute e nessuno può andare per lui, la *Compagnia*, dopo aver ritirato tramite la *Centrale Operativa* la documentazione, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'*Assicurato* od al medico da lui indicato. Il costo degli esami sostenuti resta a carico dell'*Assicurato*.

#### c) Invio medicinali urgenti al domicilio

Quando l'*Assicurato* necessita di medicinali regolarmente prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessuno può andare per lui, la *Compagnia*, tramite la *Centrale Operativa*, dopo aver ritirato la ricetta presso l'*Assicurato*, provvede alla consegna dei medicinali prescritti. A carico dell'*Assicurato* resta soltanto il costo dei medicinali.

#### d) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la *Centrale Operativa*, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, possono essere organizzate visite specialistiche ed accertamenti diagnostici presso centri convenzionati più vicini alla residenza dell'*Assicurato*.

La *Centrale Operativa*, oltre a gestire l'appuntamento, informa preventivamente l'*Assicurato* sui costi delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'*Assicurato*.

#### e) Consulti medici

Quando è necessario valutare lo stato di salute dell'*Assicurato* per decidere quale sia l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa* e tramite collegamento telefonico effettuato dalla sua Guardia Medica, è sempre a disposizione dell'*Assicurato* per fornire, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### f) Consulti telefonici tra specialisti

Quando le condizioni dell'*Assicurato*, valutate dal proprio medico specialista, richiedano un consulto fra specialisti, la Società mette a disposizione dell'*Assicurato* la Guardia Medica della *Centrale Operativa* creando un contatto con lo specialista che ha in cura l'*Assicurato* e successivamente un ulteriore contatto telefonico con uno o più specialisti per la specifica patologia, tenendo a proprio carico le parcelle di questi ultimi fino alla concorrenza del massimale di **euro 260,00** per evento e per anno assicurativo.

#### g) Consulenza medico sanitaria

##### - Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'*Assicurato* necessita di informazioni e/o consigli medico-generici, la Guardia Medica della *Centrale Operativa* è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

##### - Consulenza sanitaria di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo ad interventi di particolare complessità, l'*Assicurato* necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la *Compagnia*, mette a disposizione la Equipe Medica della *Centrale Operativa* per fornire le informazioni necessarie.

Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'*Assicurato* e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della *Centrale Operativa* possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

#### **h) Trasporto in ambulanza**

Quando, a giudizio del medico curante ed in accordo con la Guardia Medica della *Centrale Operativa*, l'*Assicurato* necessita di un trasporto in ambulanza, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, organizza a proprio carico l'invio di un'ambulanza per il trasporto dell'*Assicurato* al più vicino ospedale per le cure del caso, o effettua il rimborso delle spese sostenute dallo stesso a fronte di autorizzazione preventiva della *Centrale Operativa* e presentazione di regolari giustificativi. La *Compagnia* terrà a proprio carico i costi fino ad un massimale di **euro 360,00** per anno, con un massimo di **euro 130,00** per sinistro.

#### **i) Invio di infermiere a domicilio**

Quando l'*Assicurato*, nella settimana successiva al rientro da un ricovero ospedaliero, necessita di assistenza infermieristica, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad inviare un infermiere/a al domicilio dell'*Assicurato*, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **euro 50,00** al giorno e fino a **3 giorni** consecutivi.

#### **l) Organizzazione per il reperimento dei luoghi di cura**

Quando l'*Assicurato*, in seguito ad infortunio e/o malattia, deve sottoporsi ad un intervento chirurgico, la *Compagnia*, per il tramite dei medici della *Centrale Operativa* previa approfondita analisi del quadro clinico dell'*Assicurato*, in accordo con il medico curante, non ritenendo effettuabile, per caratteristiche obiettive, l'intervento chirurgico, nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'*Assicurato*, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, un centro ospedaliero attrezzato per l'intervento in Italia o all'estero.

L'*Assicurato* deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

#### **m) Trasferimento sanitario dal domicilio**

Quando l'*Assicurato* è affetto da una patologia obiettivamente non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie ed ospedaliere della Regione italiana di residenza, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa* e previa analisi del quadro clinico dell'*Assicurato* effettuata dai propri medici d'intesa con il medico curante, e tenendo a proprio carico i relativi costi, organizza il trasferimento dell'*Assicurato* con i mezzi adeguati fino al centro ospedaliero ritenuto più idoneo alla cura della patologia di cui è affetto.

Il trasporto può essere effettuato con:

- aereo sanitario;
- aereo di linea (anche barellato);
- treno in prima classe o vagone letto;
- ambulanza.

Se necessario, l'*Assicurato* sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

La prestazione viene fornita per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, giusta certificazione del Direttore Sanitario della struttura interessata:

- dal giorno di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da infortunio;
- dal 120° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia per trasferimenti resi necessari da malattia.

#### **n) Rientro al domicilio a seguito di dimissione ospedaliera**

Quando in seguito ad utilizzo della prestazione "Trasferimento sanitario dal domicilio", l'*Assicurato* dimesso dopo ricovero ospedaliero non è in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, organizza il suo rientro al domicilio, tenendo a proprio carico i relativi costi, con il mezzo ritenuto più idoneo dalla propria Guardia Medica.

Il trasporto può essere effettuato con:

- aereo di linea (anche barellato);
- treno in prima classe o vagone letto;
- ambulanza.

Se necessario, l'*Assicurato* sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

### **§ 16.5.2 –“PROTEZIONE IN VIAGGIO”**

Le prestazioni che seguono sono fornite in caso di *infortunio* o *malattia improvvisa* sopravvenuti quando l'*Assicurato* si trova in viaggio per vacanze o per lavoro in Italia o all'estero. Tutte le prestazioni conseguenti a sinistri verificatisi in viaggio all'estero sono fornite **a condizione che la permanenza continuativa all'estero non superi i 60 giorni**.

#### **a) Consulti medici**

Quando è necessario valutare lo stato di salute dell'*Assicurato* per decidere quale è l'intervento più opportuno da effettuare in suo favore, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa* e collegamento telefonico effettuato dalla Guardia Medica, è sempre a disposizione dell'*Assicurato* per fornire, sulla base delle informazioni ricevute, suggerimenti di carattere medico sanitario. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### **b) Invio medicinali all'estero**

Quando i medicinali, regolarmente prescritti all'*Assicurato* e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco ed a giudizio dei medici della *Centrale Operativa* non vi sono specialità medicinali equivalenti nel Paese straniero in cui si trova l'*Assicurato*, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'*Assicurato* in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. A carico dell'*Assicurato* resta soltanto il costo dei medicinali.



#### **c) Segnalazione di un medico specialista all'estero**

Quando in seguito ad utilizzo della prestazione "consulti medici", emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita specialistica, la *Compagnia* segnala, per il tramite della *Centrale Operativa*, il medico più vicino al luogo in cui si trova l'Assicurato compatibilmente con le disponibilità locali.

#### **d) Collegamento continuo con il centro ospedaliero**

Quando l'Assicurato in viaggio è ricoverato in ospedale o casa di cura, la *Compagnia*, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate. Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa sulla privacy, pertanto l'Assicurato dovrà fornire, quando possibile, una liberatoria nei confronti della *Centrale Operativa* onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

#### **e) Familiare accanto**

Quando l'Assicurato è ricoverato in ospedale per un periodo superiore a **10** giorni, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, mette a disposizione di un parente un biglietto di andata e ritorno, aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe), per recarsi sul posto.

#### **f) Rimpatrio sanitario**

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio, accertate dalla Guardia Medica della *Centrale Operativa*, in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di **euro 3.600,00**, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che la Guardia Medica giudica più idoneo. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale la *Compagnia* avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Il trasporto può avvenire solo se organizzato dalla Guardia Medica della *Centrale Operativa* che prende in considerazione, tenendo presente le esigenze di ordine medico, la scelta del mezzo di trasporto più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe economica con eventuale barella;
- autoambulanza;
- treno se necessario vagoni letto;
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. Il trasporto è interamente organizzato dalla *Centrale Operativa* inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Centrale Operativa*. Il trasporto sanitario da paesi extra-europei, esclusi quelli del bacino mediterraneo, viene effettuato esclusivamente con aerei di linea. La *Compagnia* ha la facoltà ed il diritto di richiedere all'Assicurato l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato.

Si rimanda al paragrafo § **17.2.5** per le esclusioni specifiche.

#### **g) Rientro della salma**

In caso di decesso dell'Assicurato, la *Centrale Operativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

La *Compagnia* tiene a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di **euro 3.600,00** per sinistro ancorché siano coinvolti più Assicurati; se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale la *Compagnia* avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Si rimanda al paragrafo § **17.2.5** per le esclusioni specifiche.

#### **h) Rimpatrio dei familiari dell'Assicurato**

Quando i medici della *Centrale Operativa* non ritengono necessaria l'assistenza sanitaria durante il rientro sanitario dell'Assicurato previsto in base alle condizioni della prestazione "Rimpatrio sanitario", la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa* provvederà a far rientrare un familiare dell'Assicurato con questi viaggiante, con il mezzo utilizzato per il trasporto sanitario dell'Assicurato stesso fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza. I relativi costi sono a carico della *Compagnia*.

Si rimanda al paragrafo § **17.2.5** per le esclusioni specifiche.

#### **i) Rientro anticipato**

Quando l'Assicurato in viaggio deve rientrare alla sua residenza, prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, in caso di avvenuto decesso in Italia, come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede a fornire all'Assicurato un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o il luogo ove il familiare deceduto viene inumato.

Nel caso in cui l'Assicurato, in viaggio con il veicolo, debba abbandonarlo per rientrare con urgenza anticipatamente, la *Centrale Operativa* metterà a sua disposizione un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. La *Compagnia* terrà a proprio carico i costi dei biglietti.

#### **l) Anticipo spese di prima necessità**

Quando l'Assicurato in viaggio non può provvedere direttamente ed immediatamente a pagare le spese che derivano da furto del bagaglio o furto, guasto od incidente del veicolo, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvederà a pagare sul posto, per conto dell'Assicurato, le fatture, a titolo di prestito senza interessi, fino ad un importo massimo di **euro 260,00**. Tale somma dovrà essere rimborsata alla *Compagnia* al rientro, e comunque, **entro 30 giorni** dalla data dell'anticipo stesso.

Se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato o se l'Assicurato non è in grado di fornire alla *Compagnia* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate, la prestazione **non viene fornita**.

#### **m) Trasmissione di messaggi urgenti**

Quando l'Assicurato si trova in viaggio ed è impossibilitato a comunicare con persone in Italia o all'estero, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, comunicherà il messaggio al destinatario.

### **§ 16.5.3 –“ABITAZIONE PROTETTA”**

Le *prestazioni* di assistenza che seguono hanno efficacia **esclusivamente in Italia**.

Gli interventi delle *prestazioni* su abitazioni di proprietà di terzi (quando ad esempio l'abitazione è usata in affitto dall'Assicurato) e/o su parti di proprietà comune dell'edificio saranno effettuati solo dopo che la *Centrale Operativa* avrà ottenuto regolare autorizzazione da parte dei terzi proprietari, dell'amministrazione e/o dell'autorità comunale eventualmente interessata.

Qualora i danni dovessero essere attribuibili a responsabilità del condominio o di terzi, la *Compagnia* avrà diritto di rivalsa diretta verso i responsabili per l'intero importo dell'intervento.

#### **a) Invio di un elettricista per interventi urgenti**

Quando intervenga un guasto all'impianto elettrico all'abitazione dell'Assicurato che blocchi l'erogazione della corrente e ne renda impossibile il ripristino, o che comporti pericolo di incendio, e che conseguentemente sia necessario un pronto intervento di manutenzione straordinaria, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad inviare un elettricista per risolvere il problema.

Resta a carico della *Compagnia* l'uscita dell'elettricista e la manodopera sino alla concorrenza del massimale di **euro 105,00** per evento.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire un elettricista, la *Compagnia* provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute, per l'uscita dell'artigiano e per la manodopera, sino al massimo di **euro 130,00** per evento, dietro presentazione delle regolari fatture originali.

#### **b) Invio di un fabbro per interventi urgenti**

Quando l'Assicurato necessita del pronto intervento di un fabbro in seguito a furto o tentato furto con danneggiamento dei mezzi di chiusura della propria abitazione, oppure in caso di rottura delle chiavi di casa o di mal funzionamento della serratura tale da non consentire l'ingresso nella propria abitazione, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad inviare un fabbro per risolvere il problema.

Resta a carico della *Compagnia* l'uscita del fabbro e la manodopera sino ad un massimo di **euro 105,00** per evento.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire un fabbro, la *Compagnia* provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute, per l'uscita dell'artigiano e per la manodopera, sino al massimo di **euro 130,00** per evento, dietro presentazione delle regolari fatture originali.

#### **c) Invio di un idraulico per interventi urgenti**

Quando intervenga una rottura, una otturazione od un guasto alle tubature fisse dell'impianto idraulico dell'abitazione dell'Assicurato, che provochi un allagamento o una mancanza di erogazione d'acqua allo stabile e conseguentemente sia necessario un pronto intervento, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad inviare un idraulico per risolvere il problema.

Resta a carico della *Compagnia* l'uscita dell'idraulico e la manodopera sino alla concorrenza del massimale di **euro 105,00** per evento. Se, per cause indipendenti dalla volontà della *Centrale Operativa*, risultasse impossibile reperire un idraulico, la *Compagnia* provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute, per l'uscita dell'artigiano e per la manodopera, sino al massimo di **euro 130,00** per evento, dietro presentazione delle regolari fatture originali.

#### **d) Richiesta di prestazioni di artigiani in genere**

Qualora l'Assicurato debba effettuare lavori di sistemazione, abbellimento, manutenzione ordinaria e straordinaria, ristrutturazioni in genere (per esempio rifacimento del bagno o dei pavimenti), riparazione di elettrodomestici, riparazione di automatismi in genere (cancelli, basculanti), ecc., può richiedere, 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno alla *Centrale Operativa* il nominativo di un fornitore selezionato.

L'Assicurato, nell'arco di 24 ore, verrà contattato dal fornitore al quale illustrerà le proprie esigenze e necessità in merito all'intervento e comunque riconducibili alle seguenti categorie di prestatori d'opera:

idraulico; elettricista; riparatore di elettrodomestici; muratore e piastrellista; tinteggiatore; vetraio; fabbro; riparatore di sistemi di telefonia; spurgli.

**e) Richiesta di prestazioni di artigiani in genere “non urgenti”**

Quando la richiesta di intervento non riveste il carattere di urgenza, l'Assicurato può richiedere alla *Centrale Operativa* l'invio di artigiani in genere, anche non necessariamente idraulici, elettricisti o fabbri.

I relativi costi restano interamente a carico dell'Assicurato stesso.

**f) Spese di albergo**

Quando a seguito di uno dei suddetti eventi o in caso di forza maggiore, l'Assicurato deve, per obiettive ragioni di inagibilità, lasciare la propria abitazione, la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede a prenotare un albergo per l'Assicurato ed i suoi familiari, tenendo a proprio carico i costi del pernottamento sino alla concorrenza del massimale di **euro 155,00** per evento e per anno assicurativo.

**g) Rientro dell'Assicurato in seguito a sinistro avvenuto alla sua abitazione**

Quando l'Assicurato si trova in viaggio ed avviene un *sinistro* alla sua abitazione di gravità tale da richiedere la sua presenza in loco (furto, incendio, scoppio, allagamento), la *Compagnia*, per il tramite della *Centrale Operativa*, provvede ad organizzare il rientro dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (biglietto ferroviario prima classe, o aereo classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi.

**Art. 17 – Esclusioni**

**§ 17.1 – Esclusioni generali (applicabili a tutte le garanzie)**

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri causati o dipendenti da:

- ❖ dolo dell'*Aderente-Assicurato* e/o delle persone assicurate;
- ❖ guerra (anche civile, dichiarata o meno), terremoti, eventi tellurici, rivoluzioni, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, atti di sabotaggio, terrorismo e vandalismo, alluvione, eruzioni vulcaniche, tsunami e ogni fenomeno naturale od atmosferico avente caratteristiche di calamità naturale;
- ❖ scioperi o serrate;
- ❖ fenomeni di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ❖ disposizioni delle Autorità locali che vietino o rendano impossibile la prestazione assicurativa;
- ❖ sinistri occorsi come conseguenza diretta o indiretta di attività sportive svolte a titolo professionale, comunque non dilettantistiche (comprese gare, prove ed allenamenti);
- ❖ svolgimento delle seguenti attività sportive alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, guida od uso di guidoslitte e bob, sports aerei in genere, guida ed uso di deltaplani e di altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, parapendii e assimilabili, paracadutismo, immersione con autorespiratore, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche e relative prove ed allenamenti, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme;
- ❖ abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e di allucinogeni;
- ❖ suicidio o tentato suicidio;
- ❖ malattie neuropsichiatriche, nervose o mentali;
- ❖ malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- ❖ espianto e trapianto di organi;

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

**§ 17.2 – Esclusioni specifiche di garanzia**

**Ad integrazione delle esclusioni generali valgono le seguenti esclusioni specifiche:**

**§ 17.2.1 – Esclusioni specifiche Garanzia INFORTUNI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli Infortuni causati:

- ❖ dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- ❖ dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili);
- ❖ dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - sciistiche, ippiche, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- ❖ da stato di ebbrezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di psicofarmaci;
- ❖ da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;

Sono altresì esclusi gli Infortuni subiti durante il servizio di leva volontaria, per richiamo di mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale.

Sono, inoltre, escluse le conseguenze dell'Infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Nel caso di esistenza di un saldo creditore, sono peraltro esclusi dalla garanzia gli Infortuni occorsi all'esterno dei locali della *Banca Contraente* a seguito di aggressioni o di atti violenti subiti da persone assicurate che al momento dell'*Infortunio* si trovino in una delle seguenti posizioni:

- a) siano sottoposte alle indagini preliminari, ovvero siano imputate o condannate - anche con provvedimento non irrevocabile per uno o più delitti contro la persona o contro il patrimonio (titoli XII e XIII del libro 2° del Codice Penale);
- b) siano sottoposte alle indagini preliminari ovvero siano imputate o condannate - anche con provvedimento non irrevocabile - per reati di associazione di tipo mafioso ovvero di associazione per delinquere finalizzata alla



## Global Assistance

commissione di uno o più delitti tra quelli previsti dagli articoli 71, 72 e 73 della legge 22 dicembre 1975 n. 685 (disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope), nel testo attualmente in vigore;

c) siano sottoposte, per uno dei reati di cui ai punti a) e b) che precedono, ad una misura cautelare, di sicurezza ovvero ad una sanzione penale o amministrativa sostitutiva della pena detentiva.

Non sono inoltre considerati Infortuni:

- ❖ le ernie;
- ❖ gli avvelenamenti (salvo quanto previsto al punto 8 del paragrafo § 16.1.1 - "Rischi assicurati" della Sezione A - Garanzia "INFORTUNI");
- ❖ le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di Infortunio;
- ❖ le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da Infortunio;
- ❖ gli infarti da qualsiasi causa determinati.

### § 17.2.2 – Esclusioni specifiche Garanzia Furto, Scippo e Rapina

Sono esclusi dall'assicurazione i sinistri:

- ❖ riferibili a persone di età inferiore a 18 anni e superiore a 85 anni;
- ❖ oltre 2 ore dal prelievo bancomat.

### § 17.2.3 – Esclusioni specifiche Garanzia Grandi Interventi

La garanzia non è operante in dipendenza di interventi chirurgici aventi finalità estetiche o dietologiche

### § 17.2.4 – Esclusioni specifiche Garanzia Rimborso Spese mediche in viaggio

Si devono intendere escluse dalla presente copertura le spese sostenute per:

- ❖ cure o interventi per l'eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite;
- ❖ cure estetiche;
- ❖ cure fisioterapiche;
- ❖ cure termali e dimagranti;
- ❖ occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici e apparecchi protesici (salvo riparazioni in seguito ad infortunio).
- ❖ prestazioni infermieristiche;
- ❖ visite di controllo **non autorizzate** dalla Guardia Medica della Centrale Operativa per situazioni conseguenti a *malattia* o *infortunio* contratti in viaggio.

Inoltre il diritto al rimborso delle spese mediche in viaggio decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivo contatto con la *Centrale Operativa* al verificarsi del sinistro salvo il caso di comprovata urgenza e qualora non sia stato possibile il contatto con la *Centrale Operativa*.

### § 17.2.5 – Esclusioni specifiche Garanzia Assistenza

In riferimento alla Garanzia:

- ❖ la *Compagnia* non è tenuta a fornire la prestazione assicurativa, né risponde del ritardo, in ogni caso in cui l'inadempimento o il ritardo sia dovuto a causa di forza maggiore;
- ❖ il diritto all'assistenza decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivo contatto con la *Centrale Operativa* al verificarsi del sinistro salvo il caso di comprovata urgenza e qualora non sia stato possibile il contatto con la Centrale Operativa;
- ❖ qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più *prestazioni* la *Compagnia* non è tenuta a fornire indennizzi o *prestazioni* di alcun genere a titolo di compensazione;

Con specifico riferimento alla "PROTEZIONE IN VIAGGIO",

- non danno luogo alla prestazione di "**Rimpatrio sanitario**":

- ❖ le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- ❖ le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.
- ❖ Le prestazioni non sono altresì dovute qualora l'Assicurato addivenga a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

- In riferimento alla prestazione "**Rientro della salma**"

- ❖ non sono comprese le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

- In riferimento alla prestazione "**Rimpatrio dei familiari dell'Assicurato**"

- ❖ non sono comprese le spese di soggiorno del familiare.

### PARTE III: DENUNCIA E VALUTAZIONE DEL SINISTRO - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

#### Art. 18 – Obblighi in caso di sinistro

L'Assicurato è tenuto a dare avviso del *Sinistro* alla *Compagnia* nei tempi previsti dalla legge (art. 1913 del Codice Civile).

Inoltre:

- ❖ per tutti i sinistri che implicano la gestione del *sinistro* tramite la *Centrale Operativa* incaricata dalla *Compagnia* (fra queste le prestazioni della Garanzia “Assistenza” e Garanzia “Rimborso spese mediche in viaggio”) l'Assicurato deve **prendere immediatamente contatto telefonico** con la *Centrale Operativa* onde ottenere l'autorizzazione a qualsiasi intervento o spesa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in questo caso, l'Assicurato deve contattare la *Centrale Operativa* appena ne ha la possibilità e, comunque, prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Al fine di ottenere un tempestivo intervento, si dovranno comunicare i seguenti dati:

- nome e cognome dell'Assicurato;
- denominazione del prodotto (“Polizza Protezione Attiva”);
- indicazione esatta della località in cui l'Assicurato si trova (in caso di richiesta di assistenza in viaggio);
- recapito telefonico personale dove la *Centrale Operativa* potrà, se necessario, prendere i successivi contatti;
- indirizzo dell'abitazione dell'Assicurato (in caso di richieste di assistenza inerenti l'*Abitazione*).

L'Assicurato, o chi per esso, dovrà contattare la *Centrale Operativa*, ai seguenti recapiti telefonici:

**Dall'Italia: Numero Verde 800 295 122**

**Dall'estero: + 39 011 7425601**

La *Compagnia* si impegna a comunicare tempestivamente ad ogni *Contraente* i nuovi riferimenti telefonici in caso di modifiche

- ❖ per tutti i *sinistri* che implicano una richiesta di rimborso/un indennizzo quali la Garanzia “Infortuni”, Garanzia “Grandi Interventi”, Garanzia “Rimborso spese mediche in viaggio” (quest'ultima, subito dopo aver contattato la *Centrale Operativa* come paragrafo precedente ed ottenuta l'autorizzazione), Garanzia “Furto, Scippo e Rapina”, l'Assicurato deve inviare alla *Compagnia*, anche per il tramite della *Banca Contraente* o dell'*intermediario* Global Assicurazioni S.p.A., nei tempi previsti all'interno di ogni garanzia (vedasi paragrafi che seguono) e tramite raccomandata a/r (o comunque tramite mezzi che comprovino l'avvenuta spedizione), una **denuncia scritta**, indicando sempre:

- numero di polizza e numero di adesione;
- proprie generalità, indirizzo e numero telefonico;
- data, ora e luogo del sinistro;
- descrizione del fatto;
- presunto responsabile;
- generalità di eventuali testimoni;
- eventuali allegati.

La denuncia scritta deve essere inoltrata alla *Compagnia* ad uno dei seguenti indirizzi:

**Posta ordinaria:** Global Assistance SpA - Piazza Diaz, 6 - 20123 MILANO

**Mail:** [servizio.liquidazioni@globalassistance.it](mailto:servizio.liquidazioni@globalassistance.it)

**Fax:** 02.43335020

**Recapiti telefonici della *Compagnia* per eventuali comunicazioni: 02.4333501**

#### **L'omesso avviso di sinistro e/o il mancato invio della denuncia nei termini di cui sopra, può comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo ai sensi e per gli effetti dell'art. 1915 Codice Civile.**

L'Assicurato riconosce alla *Compagnia* il diritto di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata per le singole prestazioni e/o garanzie. Si impegna altresì, ora per allora, al tempestivo invio di tale documentazione.

L'Assicurato libera inoltre dal segreto professionale nei confronti della *Compagnia*, i medici che lo hanno visitato o curato prima o dopo il sinistro.

**Ad integrazione di quanto sopra, l'assicurato deve attivarsi come segue:**

#### **§ 18.1 – GARANZIA INFORTUNI**

##### **§ 18.1.1 – Denuncia dell'infortunio**

La denuncia dell'infortunio deve essere effettuata per iscritto alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario*, **entro 15 giorni** dalla data del *sinistro* o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico;

Successivamente deve:

- documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici sino a guarigione avvenuta;
- fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato, o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve





## Global Assistance

esserne dato immediato avviso scritto alla *Compagnia*.

In questo caso i beneficiari designati ovvero, in mancanza, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- atto notorio da cui risulti l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi e/o testamentari, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

L'*Assicurato* o, in caso di morte, i beneficiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della *Compagnia* ed a qualsiasi indagine, perizia o accertamento che questa ritenga necessaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'*Assicurato* stesso.

Si precisa che le spese relative ai certificati medici e ogni altra documentazione medica richiesta, salvo sia stato contrariamente convenuto, sono a carico dell'*Assicurato*.

### § 18.1.2 – Criteri di indennizzabilità

La *Compagnia* corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'*infortunio* che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'*infortunio* può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'*infortunio*, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per l'invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'*infortunio* come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

### § 18.1.3 – Liquidazione

La *Compagnia* procederà al pagamento dell'indennizzo, determinato secondo i criteri di cui ai paragrafi § 16.1.2 (Prestazioni assicurative), § 16.1.3 (Somma assicurata) e § 18.1.2 (Criteri di indennizzabilità) come segue:

- **in caso di Morte**, l'indennizzo dovuto verrà corrisposto dalla *Compagnia* agli eredi legittimi o, in loro assenza, agli eredi testamentari dell'*Assicurato/i* coinvolto/i dal *sinistro*, **entro 30 giorni** dalla data in cui la *Compagnia* ha ricevuto tutta la necessaria documentazione prevista dalla polizza per la liquidazione del sinistro;
- **in caso di Invalidità Permanente Totale**, l'indennizzo verrà corrisposto, dalla *Compagnia* all'*Assicurato/i* colpito/i da invalidità, nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati, pertanto la *Compagnia* si impegna a comunicare all'*Assicurato*, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni** dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed a corrispondere la liquidazione dovuta **entro i 30 giorni** successivi.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente da infortunio è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia se l'*Assicurato* decede, per cause indipendenti dall'*infortunio* denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la *Compagnia*, ricevuto il certificato di morte dell'assicurato e la documentazione indicata al paragrafo § 18.1.1 (Denuncia dell'*infortunio*) che precede, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta
- l'importo oggettivamente determinabile dalla *Compagnia* in base alla valutazione della documentazione di cui al precedente paragrafo § 18.1.1 (Denuncia dell'*infortunio*) già ricevuta (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.

La *Compagnia* s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro **entro 90 giorni** dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

### § 18.1.4 – Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di *Invalidità Permanente* non è cumulabile con quella per il caso di Morte se quest'ultima è conseguenza dello stesso evento.

### § 18.1.5 – Controversie sulla natura e conseguenze delle lesioni

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro*, le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'*indennizzo*, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per 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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.



#### § 18.1.6 – Rinuncia al diritto di surroga

La *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e/o dei suoi aventi diritto all'azione di surroga, prevista dall'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti dei terzi responsabili dell'*Infortunio*.

### § 18.2 – GARANZIA FURTO, SCIPPO E RAPINA

#### § 18.2.1 – Denuncia del sinistro (furto, scippo e rapina)

In caso di sinistro l'*Assicurato* deve:

- a) denunciare il fatto all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo **entro 3 giorni** da quando esso si è verificato, specificando la qualità ed entità dei valori sottratti e le circostanze dell'evento;
- b) trasmettere, entro i successivi **5 giorni** lavorativi, una copia della denuncia a mezzo fax o tramite raccomandata alla sede legale della *Banca Contraente* o alla Filiale dove sono stati aperti i rapporti e/o all'*Intermediario* Global Assicurazioni S.p.A., precisando l'eventuale esistenza di altre assicurazioni per il medesimo rischio e per i medesimi valori, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
- c) presentare in aggiunta a quanto sopra, documentazione attestante l'avvenuto prelievo presso lo sportello bancomat. L'*Assicurato* che dolosamente non adempie in tutto od in parte agli obblighi di cui sopra perde il diritto all'indennità.

#### § 18.2.2 – Esagerazione dolosa del danno

L'*Assicurato* che dichiara essere stati sottratti valori che non esistevano al momento del *sinistro* od occulta o sottrae valori non rubati ovvero utilizza a fini di giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, perde il diritto all'*indennità*

### § 18.3 – GARANZIA GRANDI INTERVENTI

In caso di sinistro l'*Assicurato* dovrà,

- a) **entro 15 giorni** dal ricovero, inviare una lettera raccomandata alla *Compagnia* anche per il tramite dell'*intermediario*, comunicando il ricovero stesso. Successivamente, non appena in suo possesso, dovrà inviare i seguenti documenti per richiedere il rimborso:
  - copia completa della cartella clinica rilasciata dalla struttura sanitaria;
  - copia delle fatture/ parcelle mediche, debitamente quietanzate (la *Compagnia* si riserva la facoltà di richiedere successivamente gli originali).
- b) nel caso venga chiesto l'anticipo da versare all'*Istituto di Cura*, l'*Assicurato* dovrà spedire al più presto possibile la documentazione medica inerente l'intervento chirurgico.

### § 18.4 – GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

In caso di sinistro l'*Assicurato* dovrà, prendere immediatamente contatto con la *Centrale Operativa* ai recapiti indicati all'Art. 18 – (Obblighi in caso di sinistro) e, qualora quest'ultima autorizzi le spese, notificare per iscritto il danno alla *Compagnia*, anche per il tramite dell'*intermediario*, entro e non oltre **60 giorni** dal suo verificarsi, indicando nome, cognome, indirizzo, numero della polizza collettiva, numero di adesione (riportato sul *Modulo di Adesione* sottoscritto), ed allegando:

- diagnosi medica che certifichi la patologia sofferta;
- in caso di ricovero, la copia conforme all'originale della Cartella Clinica;
- le ricevute delle spese sostenute, debitamente quietanzate, in originale;
- la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.

La mancata produzione dei documenti sopra elencati può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

In caso di urgenza e qualora non sia possibile il contatto con la *Centrale Operativa* la *Compagnia* rimborserà l'importo sostenuto dall'*Assicurato* fino ai massimali previsti in polizza e con **l'applicazione dello scoperto del 30% sull'importo indennizzabile.**

### § 18.5 – GARANZIA ASSISTENZA

In caso di sinistro l'*Assicurato* dovrà, prendere immediatamente contatto con la *Centrale Operativa* ai recapiti indicati all'Art. 18 – (Obblighi in caso di sinistro) per ottenere l'erogazione della *prestazione* richiesta.

In caso di urgenza e qualora non sia possibile il contatto con la *Centrale Operativa* la *Compagnia* rimborserà l'importo sostenuto dall'*Assicurato* fino ai massimali previsti in polizza e con **l'applicazione dello scoperto del 30% sull'importo indennizzabile.**

## ALLEGATO 1: ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO

Di seguito gli articoli del Codice Civile richiamati nel testo contrattuale:

### **Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave**

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

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

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo Anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

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

### **Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'*assicurato* nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

### **Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi**

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

### **Art. 1898 - Aggravamento del Rischio**

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

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

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

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

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

### **Art. 1910 - Assicurazione presso diversi Assicuratori**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 Codice Civile, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

### **Art. 1913 - Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro**

L'*assicurato* deve dare avviso del sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il *Sinistro* o l'*assicurato* ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

### **Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

### **Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'Assicuratore**

L'Assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, [dagli affiliati], dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'Assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

## INFORMATIVA SULLA PRIVACY

### Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni e particolari.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La/Vi informiamo di quanto segue:

#### 1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

#### 2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico.

#### 3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
- b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;

- c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

#### 4. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

#### 5. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare.
- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo

#### 6. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 1 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

#### 7. DIFFUSIONE

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## 8. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

## 9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio,

diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità de dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

## 10. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una email, un fax o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

## 11. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6  
20123 – Milano

Email: [global.assistance@globalassistance.it](mailto:global.assistance@globalassistance.it)

PEC: [globalassistancespa@legalmail.it](mailto:globalassistancespa@legalmail.it)

Fax: 02/43335020