

**ASSICURAZIONE MULTIRISCHI PER TRASFERTE
DI LAVORO**

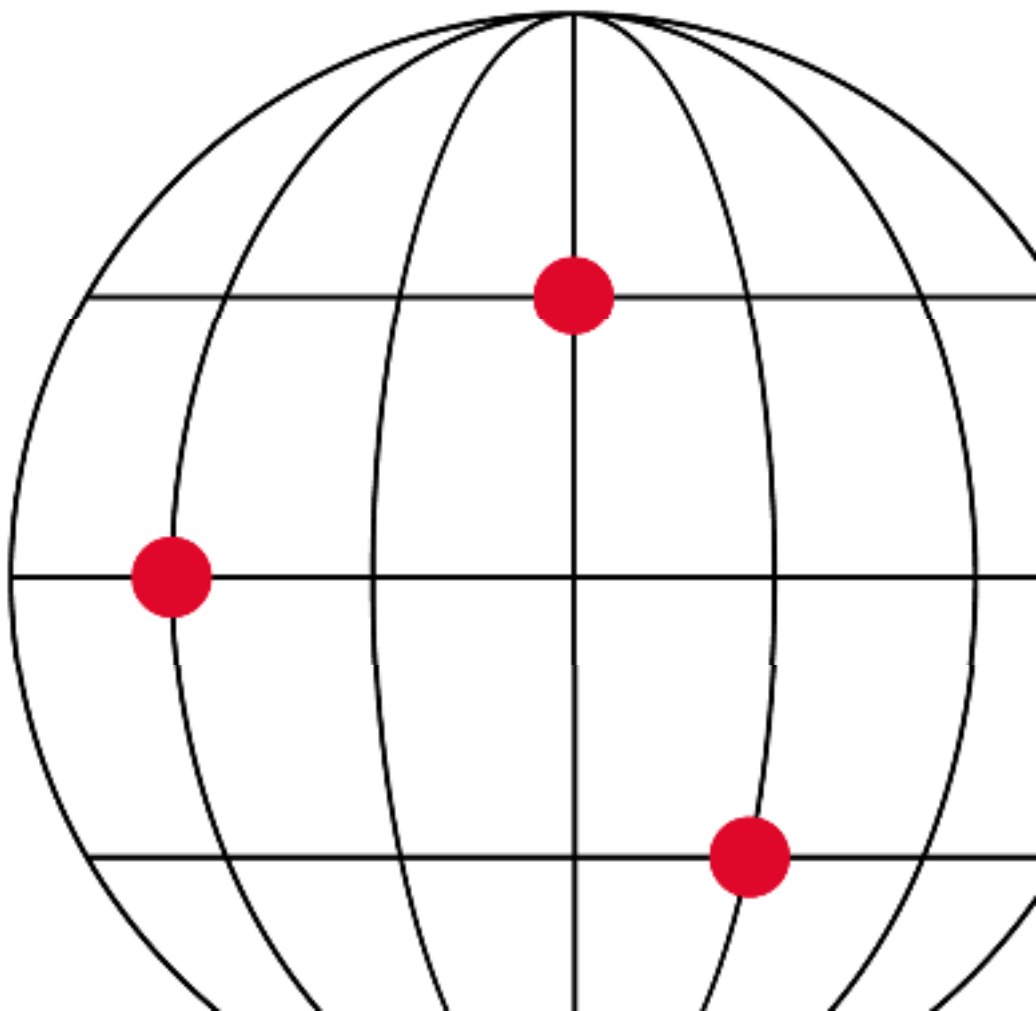
Business Travel Protection

Il presente Set Informativo, formato dai seguenti documenti:

- *DIP*
- *DIP Aggiuntivo*
- *Condizioni di Assicurazione (comprensive del Glossario)*

*viene consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o,
dove prevista, della proposta di assicurazione.*

data ultimo aggiornamento: 02.2026



Assicurazione Multirischi



DIP - Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: SI Insurance (Europe), SA. Sede legale: Lussemburgo, Avenue Monterey 40, L-2163, Granducato del Lussemburgo - Capitale sociale Euro 30.006 i.v. - Sede Secondaria in Italia: Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano - P.I. e C.F. 10376860960 - R.E.A. n. MI-2694493. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00150. Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge Lussemburghese e soggetta al controllo del Commissariat aux Assurances.

Prodotto: Business Travel Protection - Assicurazione Multirischi per Trasferte di Lavoro

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza destinata alle aziende a copertura degli infortuni e malattie improvvise durante trasferte professionali, con o senza soggiorno, in Italia o all'estero, incluso un periodo massimo 15 giorni di continuazione del viaggio per scopi privati.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Rimborso spese mediche
 - Spese mediche fuori dal paese di residenza dell'assicurato (massimo 500 giorni consecutivi in caso di ricovero ospedaliero o convalescenza ospedaliera; in caso di trattamento dentale fino a € 300 per dente con massimo di € 2.000; in caso di protesi oculare/ausili uditivi fino a € 500)
 - Spese mediche in Italia conseguenti a ricovero all'estero fino a € 25.000 per massimo 30 giorni dal rientro in Italia
- ✓ Prestazioni di assistenza tramite Centrale Operativa:
 - Trasporto in un centro specialistico
 - Invio di un medico nel luogo di degenza
 - Rientro presso il luogo di residenza dell'assicurato
 - Rientro del coniuge/convivente accompagnatore e dei figli in caso di rimpatrio dell'assicurato
 - Trasporto/rimpatrio delle spoglie fino a € 5.000
 - Rimpatrio degli effetti personali fino a € 2.000
 - Biglietto/spese alberghiere per un familiare in caso di decesso dell'assicurato fino a € 250 per massimo 3 giorni
 - Rimpatrio dell'assicurato in caso di azione terroristica o sabotaggio, attacco o aggressione
 - Sostituzione del dipendente
 - Rientro anticipato dell'assicurato in caso di danno grave all'abitazione
 - Rientro anticipato del rappresentante legale del contraente in seguito a evento grave nella sede della società
 - Visita all'assicurato in cura presso un ospedale fino a € 250 al giorno con il massimo di € 2.500
 - Invio di farmaci non reperibili localmente
 - Rientro anticipato in caso di nascita pre-termine di un figlio dell'assicurato
 - Costi di estensione del soggiorno fino a € 250 al giorno con il massimo di € 2.000
 - Rientro nel luogo di missione
 - Invio di un medico in caso di malattia o infortunio del figlio rimasto a casa in Italia
 - Assistenza al figlio minore di sedici anni fino a € 500 per massimo 5 giorni
 - Recupero del veicolo in Italia
 - Interprete durante la trasferta fino a € 1.500



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni accaduti prima della decorrenza dell'assicurazione
- ✗ Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di patologie insorte prima della data di decorrenza della copertura non curate e i cui sintomi non sono rientrati o non sono diventati stabili
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato o da Contraente
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari o derivanti dall'evento dannoso
- ✗ Infortuni e malattie derivanti da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente
- ✗ Infortuni e malattie derivanti dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo
- ✗ Patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile (come ad esempio Coronavirus – COVID -19)

- Invio di un tabor in Italia fino a € 150
- Invio di un sorvegliante in Italia per massimo 10 ore
- Servizio informativo per l'ottenimento di visti
- Servizio informativo sulle vaccinazioni
- Servizio di annullamento e riprogrammazione di appuntamenti
- Servizio di invio documenti di viaggio in caso di furto, smarrimento o danneggiamento
- Servizio di ricerca di fornitori locali di servizi
- Servizio di invio di messaggi
- Servizio di informazioni di viaggio

✓ Responsabilità civile per danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose/animali, in conseguenza di un fatto accidentale commesso durante la trasferta professionale in occasione dello svolgimento della propria attività professionale, fino a € 2.000.000



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'assicurazione esclude persone affette da tossicodipendenza o alcolismo, persone di età superiore a 85 anni compiuti (65 anni per le garanzie aventi ad oggetto il verificarsi di una malattia)
- ! L'indennizzo è soggetto all'applicazione di franchigie specifiche, condordate in fase di stipula della polizza e indicate nella proposta formulata dall'assicuratore
- ! L'assicurazione esclude i territori di Russia, Ucraina, Bielorussia
- ! Le prestazioni di Assistenza richiedono il preventivo contatto con la Centrale Operativa
- ! L'assicuratore non presterà alcuna copertura né sarà tenuto a pagare alcun sinistro e fornire alcuna prestazione se ciò possa esporlo a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o da sanzioni economiche o commerciali o leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero ad esclusione di Russia, Bielorussia, Ucraina e paesi per i quali il Ministero degli Esteri, prima dell'inizio dell'inizio della trasferta, ha emesso un avviso di viaggio



Che obblighi ho?

- Alla stipula della polizza, fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e riportare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'assicuratore
- Pagare il premio senza ritardo prima della decorrenza del periodo assicurativo
- Durante il periodo assicurativo, comunicare immediatamente all'assicuratore o all'intermediario assicurativo ogni eventuale modifica del rischio assicurato
- In caso di sinistro derivante da infortunio, inviare comunicazione scritta tramite e-mail o PEC entro 15 giorni lavorativi dall'infortunio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, indicando il luogo, giorno ed ora dell'evento e allegando un certificato di un medico comprovante l'infortunio. Nel caso di Inabilità temporanea da infortunio, i certificati dovranno essere rinnovati e spediti alle rispettive scadenze. Se l'infortunio ha causato la morte dell'Assicurato, l'Assicuratore deve essere informato entro le 24 ore successive tramite email o lettera raccomandata o telegramma
- In caso di sinistro che comporta un ricovero ospedaliero o coinvolge una prestazione di assistenza, non intraprendere alcuna azione né sostenere alcun costo oggetto delle prestazioni assicurate prima di aver preso contatto con la Centrale Operativa al numero di telefono 0039.045.4158330 e aver ricevuto istruzioni. La Centrale Operativa è fornita dalla società Healix International Group Limited.
- Denunciare ogni sinistro rispettando le specifiche indicazioni riportate nella polizza per il tipo di garanzia coinvolta
- Se il premio è soggetto a regolazione a scadenza, trasmettere i dati consuntivi entro 60 giorni dalla fine del periodo di assicurazione e pagare il premio di regolazione entro 30 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato tramite bonifico bancario direttamente all'assicuratore oppure per il tramite dell'intermediario assicurativo. Il pagamento deve essere effettuato una volta all'anno in un'unica soluzione prima dell'inizio del periodo assicurativo.

La polizza può essere stipulata in forma "a premio fisso" o in forma "a premio anticipato con regolazione"; nel secondo caso, oltre al premio da pagare prima della decorrenza, vi sarà l'obbligo di pagare il premio di regolazione entro 30 giorni dall'emissione dell'appendice di regolazione da parte dell'assicuratore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura termina con la scadenza del periodo assicurativo.

La polizza prevede inoltre la possibilità di interrompere il contratto in caso di sinistro, nel qual caso, se tale possibilità viene esercitata, la copertura termina dopo 60 giorni dalla comunicazione scritta di recesso.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il rinnovo tacito alla scadenza. Per impedire il rinnovo è necessario spedire comunicazione scritta tramite raccomandata AR o PEC entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza. Inoltre la polizza prevede la possibilità di recedere dall'assicurazione in caso di sinistro, esercitabile entro 60 giorni dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo tramite comunicazione scritta inviata con raccomandata AR o PEC.

Assicurazione Multirischi

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



Prodotto: Business Travel Protection – Assicurazione Multirischi per Trasferte di Lavoro

Data dell'ultimo aggiornamento: 02/2026. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Scopo

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 a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

SI Insurance (Europe), SA è un'impresa di assicurazione di diritto lussemburghese facente parte del Gruppo Sompo International, la cui capogruppo è Sompo International Holding Ltd. (Bermuda). SI Insurance (Europe), SA ha sede legale nel Granducato di Lussemburgo in Avenue Monterey 40, L-2163 Lussemburgo (tel. +35227872606; sito internet: <https://www.sompo-intl.com>; e-mail: siie@legallmail.it, PEC: siie@legallmail.it), è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in forza della legge lussemburghese ed è soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances. SI Insurance (Europe), SA è autorizzata ad operare in Italia sia in regime di libera prestazione di servizi che in regime di stabilimento tramite la sede secondaria di Piazza Gae Aulenti 6, 20124 Milano (tel.+39028057150; sito internet: <https://www.sompo-intl.com/insurance-geography/continental-europe/italy>; email: info.italia@sompo-intl.com; PEC: siie@legallmail.it) ed è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazione tenuto dall'IVASS rispettivamente al n° II.01541 e n° I.00150. Il contratto di assicurazione sarà concluso in regime di stabilimento tramite la sede secondaria italiana. Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato al 31/12/2024, il patrimonio netto della società ammonta a €199.628.000, mentre il risultato economico registra una perdita di €32.166. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al 164,8%. Per ulteriori informazioni consultare la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link: <https://www.sompo-intl.com/about-us/enterprise-risk-management/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Sono sempre incluse le seguenti coperture:

- ✓ Rischio guerra
- ✓ Rischio volo fino a € 7.500.000
- ✓ Morte presunta
- ✓ Coma conseguente a infortunio € 100 al giorno per massimo 365 giorni
- ✓ Incidenti su mezzi di trasporto terra (15% caso morte fino ad un massimo di € 25.000)
- ✓ Supporto psicologico al coniuge/convivente e figli in caso di morte da infortunio dell'assicurato (5 sessioni)
- ✓ Deturpazione/sfreggio permanente al viso fino a € 3.000
- ✓ Diaria da ricovero ospedaliero per infortunio fino a € 50 al giorno per massimo 365 giorni
- ✓ Spese per ricerca e soccorso fino a € 5.000 per assicurato e € 50.000 per evento
- ✓ Malattie professionali per dirigenti
- ✓ Spese di permanenza forzata a causa di un disastro naturale o di un'epidemia fino a € 150 al giorno per massimo € 1.500 e € 4.500 per evento
- ✓ Costi di evacuazione politica e disastro naturale fino a € 10.000 per assicurato col massimo di € 50.000 per evento
- ✓ Rimborso dello stipendio in caso di rapimento dell'assicurato fino a € 250.000
- ✓ Smarrimento/furto/danneggiamento di beni dell'assicurato (fino a € 5.000 per beni di valore entro € 500; fino al 30% per beni di valore oltre € 500; fino a € 3.000 per attrezzature IT professionali;
- ✓ Smarrimento/furto di carte di credito fino a € 3.000, di chiavi e documenti d'identità fino a € 500
- ✓ Furto di contante prelevato allo sportello in al bancomat in seguito ad aggressione fino a € 500
- ✓ Perdita effetti personali fino a € 1.000 in caso di aggressione/attacco/terrorismo/incidente stradale
- ✓ Costi per pasti/bevande/trasferimenti per ritardo/cancellazione del volo o mancata ammissione a bordo fino a € 300
- ✓ Costi alberghieri e di ristorazione in caso di mancato trasferimento oltre le 6 ore dopo l'arrivo fino a € 300

- ✓ Costi per acquisti di beni essenziali per ritardo di arrivo degli effetti personali fino a € 600
- ✓ Costi per alberghi, ristoranti e trasporti in caso di dirottamento del mezzo di trasporto fino a € 3.000
- ✓ Anticipo denaro in caso di smarrimento/furto di mezzi di pagamento fino a € 15.000
- ✓ Assistenza nella ricerca di un legale e anticipo costi del legale fino a € 50.000 (da rimborsare) in caso di arresto per fatti colposi commessi durante la trasferta all'estero
- ✓ Anticipo costi di cauzione per violazione non dolosa di leggi del paese della trasferta all'estero fino a € 60.000 (da rimborsare)
- ✓ Rimborso dei costi fatturati dall'agenzia di viaggio in caso di cancellazione/modifica della trasferta fino a € 5.000

L'assicuratore indennizza il danno coperto dalla polizza fino ad un importo massimo concordato in fase di stipula della polizza (c.d. limite di indennizzo/massimale). Il limite di indennizzo rappresenta l'importo massimo pagabile dall'assicuratore.

Le estensioni di copertura vengono prestate entro specifici sottolimiti di indennizzo, concordati con l'assicuratore in fase di stipula della polizza. Il sottolimito è parte del limite di indennizzo/massimale e non in aggiunta.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Soggiorni e viaggi verso Paesi o Regioni per i quali il Ministero degli Esteri prima dell'inizio dell'inizio della trasferta, ha emesso un avviso di viaggio
- ✗ Voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, della Contraente o dell'Assicurato stesso
- ✗ Atti di guerra nel paese di residenza dell'Assicurato
- ✗ Per le prestazioni di assistenza: prestazioni oltre i limiti disposti dalle autorità locali; prestazioni connesse ad eventi accaduti come conseguenza della partecipazione in qualità di concorrente in competizioni sportive, scommesse, partite, concorsi, rally automobilistici o prove e operazioni di ricerca e soccorso; prestazioni connesse a servizi di emergenza locali e relativi costi; prestazioni in caso di deliberata violazione delle leggi da parte dell'Assicurato
- ✗ Rimborso di spese mediche per protesi funzionale e/o conseguente in seguito a malattia; costi dei trattamenti dentali che non siano dovuti ad un infortunio indennizzabile o che non siano necessari ad affrontare un'emergenza medica grave con necessità di trattamento urgente, secondo il parere dei medici della Centrale Operativa; costi di trattamenti agli occhi che non siano dovuti ad un infortunio indennizzabile; costo di una cura presso una spa/centro estetico ed il costo di un soggiorno in una casa di cura; costi per la riabilitazione; costi sostenuti durante un viaggio intrapreso contro il parere di un medico o intrapreso con patologie in fase acuta o con lo scopo di sottoporsi a trattamenti medico chirurgici; costi sostenuti se l'Assicurato non soffre di alcuna patologia medica grave o se il trattamento può ragionevolmente essere differito fino al ritorno presso la residenza; costi legati al parto o alla gravidanza; costi legati a un trattamento prescritto nel paese di residenza dell'Assicurato prima della sua partenza in trasferta
- ✗ Deturpazione/sfregio al viso derivante da malattia
- ✗ Diaria per ricovero ospedaliero per ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici; cure dimagranti, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti; soggiorni in case di cura e convalescenziari; soggiorni in strutture psichiatriche
- ✗ Per la garanzia "Tutela beni personali ed aziendali": costi per dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto; contanti, documenti personali, documenti commerciali, documenti amministrativi, travellers 'cheque, carte di credito, biglietti aerei, biglietti di viaggio e voucher; perdite o danni causati dalla normale usura, ammortamenti e difetti intrinseci degli effetti personali; danni causati da tarme, parassiti o metodi di pulizia, riparazione, ripristino o manipolazione incauta degli oggetti da parte dell'Assicurato; danni derivanti dalla confisca, sequestro o distruzione per ordine di un'autorità amministrativa; effetti personali e beni immobili lasciati in un veicolo parcheggiato tra le 22 e le 07; oggetti di valore, gioielli e pellicce lasciate in un veicolo parcheggiato; oggetti di valore, gioielli e pellicce affidati a vettori; chiavi e altri oggetti simili; attrezzature professionali o effetti personali lasciati incustoditi; telefoni cellulari; audiovisivi, telecamere, video o hi-fi affidati ai vettori; smarrimento/danneggiamento causati da tarme, parassiti, usura, condizioni atmosferiche o climatiche o deterioramento graduale; costi di ripristino dei media; costi maggiorati della manodopera; perdite o danni coperti dalla copertura del costruttore; computer portatili e relativi accessori lasciati in bagaglio affidato a un vettore o quando trasportati nel vano bagagli o lasciati in un veicolo parcheggiato
- ✗ Per la garanzia "Responsabilità Civile verso terzi": danni causati da fatti attinenti all'esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale agricola, artigianale, industriale, o connessa con affari, locazioni, noleggi o prestazioni di servizi diversa dall'attività professionale esercitata dalla Contraente; danni alle cose o agli animali che la persona assicurata abbia in custodia o consegna o detengano a qualsiasi titolo o destinazione; danni derivanti da furto e quelli a cose altrui; danni derivanti da incendio di cose di proprietà della persona assicurata o da essa detenute; danni conseguenti ad inadempienze ad obblighi contrattuali; danni derivanti dalla partecipazione ad attività sportive con carattere professionale/semiprofessionale; danni derivanti da detenzione/impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, oppure che si verifichino in connessione con fenomeni di trasmutazione del

	nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; danni derivanti da responsabilità civile professionale; danni derivanti dalla circolazione di veicolo a motore relativi alla RC Auto
 Ci sono limiti di copertura?	
! In caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo non sarà superiore a € 15.000.000 ! La garanzia "Sostituzione" non è cumulabile con quella di "Rientro dell'Assicurato nel luogo di missione" e viceversa qualora si tratti di conseguenze dello stesso evento ! Sono esclusi dalla garanzia dei beni personali ed aziendali i costi indennizzabili da altra assicurazione e quelli soggetti a risarcimenti/Indennizzo concesso dal vettore comune o da terzi responsabili (copertura a secondo rischio)	
 A chi è rivolto questo prodotto?	
Società ed enti in genere per assicurare i propri dipendenti dai rischi di subire un infortunio durante una trasferta professionale.	
 Quali costi devo sostenere?	
Il premio include i costi di intermediazione percepiti dall'intermediario assicurativo che gestirà il contratto di assicurazione. Per questo prodotto la quota parte percepita in media dagli intermediari è del 21%.	
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto tramite posta a: Responsabile Compliance, SI Insurance (Europe), SA, 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, oppure tramite e-mail all'indirizzo: complaints@sompo-intl.com. Conferma della ricezione del reclamo verrà fornita per iscritto entro un termine non superiore a 10 giorni. Un riscontro scritto al reclamo verrà fornito entro 45 giorni di calendario dalla presentazione del reclamo.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: +39 06 42133 206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. È inoltre possibile presentare il reclamo all'Autorità di vigilanza lussemburghese competente: Commissariat aux Assurances, 11 rue Robert Stumper, 2557 - L-2557 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 22 69 11, e-mail: caa@caa.lu, sito web: www.caa.lu. Il modulo di reclamo è disponibile all'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf. In alternativa, se il reclamante è un consumatore, è possibile rivolgersi all'Ombudsman lussemburghese delle assicurazioni: Association des Compagnies d'Assurances (ACA), c/o Médiateur en Assurance, B.P. 448 - L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo, fax: +352 44 02 89, email: mediateur@aca.lu, sito web: https://www.aca.lu/
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo OPPURE diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie aderente alla rete FIN-NET	Presentando ricorso: – all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità dei ricorsi, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra informazione utile oppure – al diverso sistema di risoluzione stragiudiziale delle controversie della rete FIN.NET cui l'impresa aderisce o è sottoposta ai sensi dell'articolo 2, comma 3 del decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy 6 novembre 2024, n. 215.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione Assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	– È possibile conferire mandato, in caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

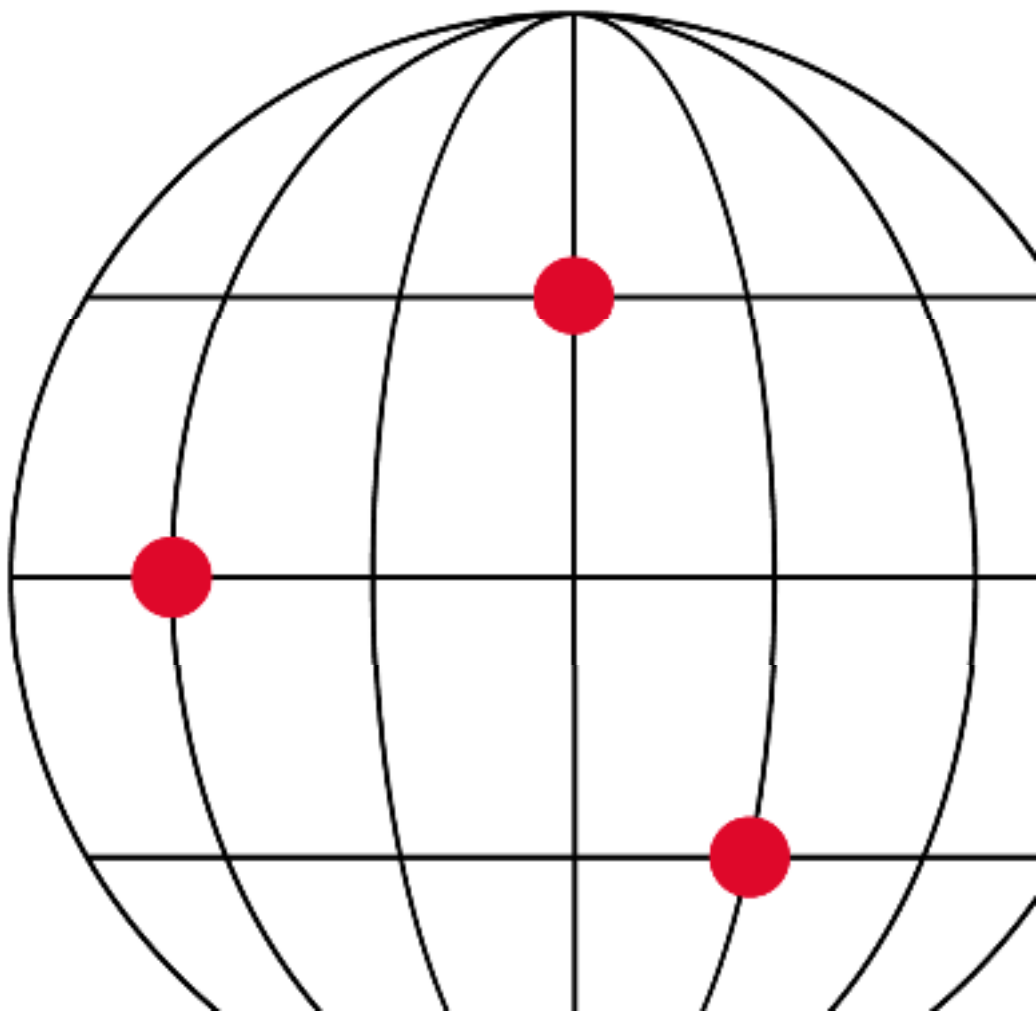
	– Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Per questa tipologia di rischio il contratto è soggetto a oneri fiscali pari al 2,5% del premio imponibile per le garanzie Infortuni e del 10% per le garanzie di Rimborso Spese Mediche e di Assistenza. In ambito fiscale, i premi assicurativi sostenuti dall'azienda possono essere considerati deducibili dal reddito d'impresa, qualora rispettino i requisiti di inerenza all'attività aziendale previsti dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). Per i dipendenti assicurati, le prestazioni erogate dalla polizza non concorrono, di norma, a formare reddito imponibile, salvo diversa disposizione normativa.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica in merito a tale pregressa patologia). Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella consultabile sul sito internet dell'Impresa al seguente link: https://www.sompo-intl.com/wp-content/uploads/Informativa-diritto-oblio-oncologico.pdf.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'Impresa o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

BUSINESS TRAVEL PROTECTION

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI
PER TRASFERTE DI LAVORO**

Condizioni di Assicurazione

BTA 0226 ITA (ITA)



BUSINESS TRAVEL PROTECTION

CONTRATTO DI ASSICURAZIONI MULTIRISCHI PER TRASFERTE DI LAVORO

BTA 0226 ITA (ITA)

SET INFORMATIVO 02/2026

Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, vengono consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Si precisa che il Glossario ha valore contrattuale. Esso contiene l'elenco dei termini riportati in maiuscolo nelle Condizioni di Assicurazione, con la specifica definizione attribuita a ciascuno di essi.

Ai sensi dell'art. 166, comma 2, D. Lgs. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private), alle condizioni contrattuali che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie oppure oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato è data particolare evidenza con l'uso del grassetto.

Al termine del documento sono inoltre allegate le seguenti informazioni:

1. Informativa Trattamento Dati Personali: descrive le modalità con cui i dati personali dell'assicurato vengono trattati e protetti dalla compagnia.
2. Informativa Reclami: contiene le informazioni necessarie per presentare un reclamo nei confronti della compagnia, inclusi i recapiti e le procedure da seguire per attivare l'Arbitro Assicurativo.

SI Insurance (Europe), SA

A wholly owned subsidiary of Sompo International Holdings Ltd.

Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Gae Aulenti, 6 – Piano 2, Palazzo E1 – 20124 Milano, Italia

sompo-intl.com

R.I. Milano e P.IVA 10376860960 ● Rea no MI - 2694493, elenco IVASS delle sedi secondarie di imprese di assicurazione UE n I.00150 Sede legale: 40 Avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato del Lussemburgo ● N.iscrizione Registre du Commerce B 221096 Cap. Soc. €30.006 i.v., soggetta alla vigilanza del Commissariat aux Assurances

INDICE	PAGINA
SCHEDA DELLE PRESTAZIONI	4
1 - DEFINIZIONI	7
2 - OGGETTO E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	12
3 – PRESTAZIONI ASSICURATE	12
4 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	37
5 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI CARATTERE GENERALE	37
6 – PREMIO DI ASSICURAZIONE	40
7 – SINISTRI	42
8 – DISPOSIZIONI COMUNI	48

SCHEDA DELLE PRESTAZIONI

SEZIONE INFORTUNI		
Caso Morte		
• Indennizzo Caso Morte	Vedere le Condizioni particolari	nel mondo
• Aumento in caso di coniuge/convivente e/o figli a carico	10% aumento della somma assicurata per Caso Morte	nel mondo
• Caso Morte da un Infortunio che abbia coinvolto il coniuge/convivente	€ 50.000	nel mondo
• Caso Morte da Infortunio che abbia coinvolto il figlio accompagnatore	€ 10.000	nel mondo
• Coma conseguente a Infortunio	a partire dal 10° giorno: € 100/giorno per max. 365 giorni	nel mondo
Invalità Permanente da Infortunio		
Indennizzo Invalità Permanente	Vedere le Condizioni particolari	nel mondo
• Aumento in caso di coniuge/convivente e/o figli a carico	10% aumento della somma assicurata per IP	nel mondo
• Invalità Permanente Totale	50% aumento della somma assicurata per IP	nel mondo
• Invalità Permanente che abbia coinvolto il coniuge e/o il figlio	€ 50.000	nel mondo
• Incidenti su mezzi di trasporto	15% aumento della somma assicurata per Caso Morte	nel mondo
• Limite massimo per Caso Morte e Invalità Permanente a seguito di un singolo evento che abbia coinvolto più assicurati	€ 7.500.000 in caso di evento aereo e € 15.000.000 in caso di evento terrestre	nel mondo
• Supporto Psicologico	pagamento delle consulenze con un massimo di 5 sessioni	nel mondo

SEZIONE INFORMAZIONI		
Assistenza informativa e supporto alla Contraente		
• Informazioni sui visti • Informazioni sulle vaccinazioni • Annullamento, riprogrammazione degli appuntamenti • Invio di documenti in caso di smarrimento, furto, distruzione non intenzionale o per distrazione	informazioni e Servizi informazioni e Servizi organizzazione del servizio organizzazione dei servizi	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato
Informazioni di viaggio		
• Servizio di informazioni di viaggio telefoniche (prima della partenza)	informazioni e Servizi	nel mondo

SEZIONE ASSISTENZA		
Assistenza personale		
• Trasporto in un centro specialistico	costo effettivo	nel mondo
• Invio di un medico nella zona	costo effettivo	nel mondo
• Rimpatrio presso il domicilio dell'Assicurato	costo effettivo	nel mondo
• Rientro del Coniuge accompagnatore e Figli in caso di rimpatrio dell'Assicurato	costo effettivo	nel mondo
• Rimpatrio delle spoglie e Spese per il feretro	fino a € 5.000	nel mondo
• Biglietto/Spese alberghiere per un familiare in caso di decesso dell'Assicurato	biglietto a/r per un parente prossimo e pagamento delle spese di alloggio. Fino a € 250 per un periodo massimo di 3 giorni	nel mondo
• Rimpatrio dell'Assicurato in caso di Atto di Terrorismo o Sabotaggio, Attacco o Aggressione (in caso di danno fisico o shock)	costo effettivo	nel mondo
• Spese di viaggio per la sostituzione di un collega	Biglietto di sola andata	nel mondo
• Rientro anticipato dell'Assicurato in caso di danno grave alla propria Abitazione	Biglietto aereo	nel mondo
• Rimpatrio effetti personali dell'Assicurato	Costo effettivo, fino ad un massimo di € 2.000	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato
• Rientro anticipato del rappresentante legale in caso di danno grave agli edifici della Contraente	Biglietto aereo	nel mondo
• Presenza di un membro della famiglia dell'Assicurato al suo Ricovero Ospedaliero	fino a € 250 al giorno per persona, con un massimale di € 2.500 + Biglietto aereo di andata e ritorno	nel mondo
• Interprete a disposizione dell'Assicurato in caso di intervento medico chirurgico o procedimento giudiziario	costo effettivo	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato
• Invio di farmaci essenziali che non sono reperibili localmente	costo effettivo	nel mondo

• Rientro anticipato in caso di nascita pre-termine di un figlio dell'Assicurato	costo effettivo	nel mondo
• Pagamento dei costi di estensione del soggiorno dell'Assicurato	fino a € 250 al giorno, con un massimale di €2.000	nel mondo
• Rientro dell'Assicurato nel luogo di Missione	Biglietto di andata	nel mondo
• Invio di un medico nel caso in cui il figlio di un Assicurato, rimasto a casa, si ammali o sia vittima di un infortunio	costo effettivo	in Italia
• Assistenza al figlio dell'Assicurato minore di sedici anni	fino a € 500, per un massimo di 2 giorni	in Italia
• Recupero del veicolo dell'Assicurato	costo effettivo	in Italia
Assistenza alla casa		
• Invio di un fabbro in caso di danno	€ 150	in Italia
• Invio di un sorvegliante in caso di danno	10 ore	in Italia

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE		
Spese mediche al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato		
• Rimborso dei costi effettivi - senza Franchigia. <i>Pagamento in caso di Ricovero Ospedaliero per un massimo di 500 giorni consecutivi di trattamento per</i>	costo effettivo	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato
Spese mediche in Italia		
• Rimborso dei costi conseguenti al Ricovero Ospedaliero all'Estero durante una Missione professionale - senza Franchigia	Fino a € 25.000 per 30 giorni dalla data di rientro dell'Assicurato nel Paese di sottoscrizione	in Italia
Deturpazione o sfregio permanente al viso	€ 3.000	nel mondo
Diaria da Ricovero Ospedaliero		
• Oltre i 7 giorni per un massimo di 365 giorni	€ 50	nel mondo
Ricerca e soccorso	Fino a € 5.000 per assicurato e € 50.000 per Evento Assicurato	nel mondo

SEZIONE CRISIS MANAGEMENT		
Permanenza forzata per un disastro naturale o di un'epidemia	€ 150 al giorno con il massimo di € 1.500	nel mondo
Rapimento /Riscatto		
• Rimborso dello stipendio dell'Assicurato rapito	A partire dal 91° giorno: pagamento dello stipendio dell'Assicurato. Fino a un massimo di € 250.000 per sei mesi	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato
Assistenza in caso di crisi		
• Evacuazione politica e disastro naturale	Biglietto aereo	al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato

SEZIONE TUTELA DEI BENI PERSONALI E AZIENDALI		
Smarrimento, danneggiamento, furto o distruzione involontaria di effetti personali	Massimale di € 5.000	nel mondo
Smarrimento, danneggiamento, furto o distruzione involontaria di attrezzature IT professionali	Massimale di € 3.000	nel mondo
• Senza Franchigia		nel mondo
Furto o smarrimento di carte bancarie e documenti di identità		
• Smarrimento o furto di carte bancarie	€ 3.000	nel mondo
• Furto o smarrimento di chiavi o documenti di identità	€ 500	nel mondo
Effetti personali e furto di contante in caso di Aggressione		
• Furto di contante	€ 500	nel mondo
• Effetti personali	€ 1.000	nel mondo

INCONVENIENTI IN VIAGGIO		
Inconvenienti di Viaggio		
• Ritardo, cancellazione del volo o mancata ammissione a bordo - Superiore alle 4 ore	massimale di € 300	nel mondo
• Mancato trasferimento - Superiore alle 6 ore	massimale di € 300	nel mondo
• Ritardo effetti personali - Superiore alle 24 ore	massimale di € 600	nel mondo
• Dirottamento dei mezzi di trasporto	massimale di € 3.000	nel mondo
• Anticipo di Denaro in caso di smarrimento o furto dei mezzi di pagamento	massimale di € 15.000	nel mondo
Assistenza legale	massimale di € 50.000	al di fuori del Paese di Residenza

Anticipo cauzione	massimale di € 60.000	al di fuori del Paese di Residenza
Cancellazione o modifica di una Missione	massimale di € 5.000	nel mondo

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI		
Responsabilità civile verso Terzi		
• Danni cagionati a Terzi	massimale di € 2.000.000	nel mondo
• Gestione della vertenza	costo effettivo	nel mondo

1 - DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono:

AGENTE INTERMEDIARIO: È l'intermediario assicurativo iscritto al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi (RUI) ai sensi dell'articolo 109 del Codice delle Assicurazioni Private (CAP) ed il cui nominativo è indicato nella Scheda di Polizza.

AGGRESSIONE: Qualunque menomazione fisica o attacco non intenzionale subito dall'Assicurato e derivante da un atto deliberato, improvviso e brutale di Terzi.

ASSICURATO: La persona nell'interesse della quale è stipulata l'Assicurazione, nonché titolare del diritto all'eventuale Indennizzo. In ogni caso, a meno che non sia diversamente pattuito, si intendono Assicurati i seguenti soggetti, ove esistenti:

- Tutti o alcuni Dipendenti della Contraente, nonché apprendisti, operai, impiegati, funzionari, Dirigenti, amministratori, consiglieri e sindaci in Trasferta Professionale per conto della Contraente stessa e domiciliati, ai fini fiscali, in Italia;
- Eventuali persone fisicamente domiciliate in Italia che svolgano una Trasferta Professionale per conto della Contraente, a condizione che abbiano un incarico formale assegnato dalla Contraente oppure siano in grado di produrre altra documentazione che dimostri la loro effettiva mobilitazione ai fini dell'adempimento della Trasferta Professionale;
- Il coniuge/convivente (purché risultante dallo stato di famiglia) dell'Assicurato nonché (in entrambi i casi) i figli a carico che lo accompagnino, nei termini e alle condizioni di cui alla presente Polizza, **limitatamente alle sezioni Infortuni, Assistenza, Rimborso Spese Mediche, Crisis Management, Responsabilità Civile e nei limiti previsti dai singoli articoli delle Sezioni stesse.**

Non saranno considerati Assicurati:

- **I Dipendenti che abbiano lo status di 'Espatriati' o 'Distaccati';**
- **I Dipendenti che non siano coperti dalla Previdenza sociale o qualunque altra organizzazione sanitaria integrativa.**

ASSICURAZIONE o POLIZZA:

Si intende il contratto assicurativo stipulato tra la Contraente e l'Assicuratore e che prevede la facoltà per gli Assicurati di aderire alla polizza collettiva stipulata ed i cui termini e condizioni sono riportati nelle presenti Condizioni di Polizza.

ATTO DI TERRORISMO, SABOTAGGIO, ATTACCO:

Si definisce Atto di terrorismo, Sabotaggio, Attacco qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche,

perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di:

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

BENEFICIARIO:	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'Indennizzo previsto in caso di morte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato può cambiare il Beneficiario designato in ogni momento senza il consenso di quest'ultimo, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato.
CENTRALE OPERATIVA:	La struttura di Healix International Group Limited, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in Polizza, su richiesta dell'Assicurato in nome e per conto della Società.
CONSOLIDAMENTO	È il momento in cui lo stato di salute dell'Assicurato si stabilizza e diventa definitivo e non incline a cambiamenti significativi per effetto di alcun tipo di trattamento. L'Indennizzo sarà valutato alla data di Consolidamento.
CONTRAENTE:	Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'Assicurazione con la Società e che si obbliga a pagare il Premio.
COLLEGIO MEDICO:	Organo collegiale composto da 3 medici chiamato a decidere in caso di divergenze tra Assicuratore ed Assicurato sulla natura e sulle conseguenze di un Infortunio.
CRISIS MANAGEMENT:	Attività svolta da professionisti in materia di assistenza in situazioni di crisi.
DECADENZA:	Perdita del diritto alle somme o ai servizi offerta dalla Polizza per mancata conformità dell'Assicurato o della Contraente a determinati obblighi imposti su di essi.
DENARO:	Monete, banconote, lettere di credito, voucher, carte di credito/debito/revolving, carte telefoniche, vaglia postali, traveller cheques, buoni benzina purché il tutto sia in possesso dell'Assicurato nella misura strettamente necessaria per gli spostamenti, i pasti, la sistemazione alberghiera e le spese personali durante la Missione o la Trasferta Professionale.
DIPENDENTE:	Persona con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato o indeterminato con la Contraente, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.
DIRIGENTE:	È un Dipendente che fa parte della direzione aziendale o del management della Contraente, inquadrato come dirigente ai sensi del contratto collettivo applicabile.

DISDETTA:	La comunicazione che la Contraente o la Società deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dalla Polizza, per manifestare la propria volontà di non rinnovare tacitamente la Polizza alla sua scadenza.
ESCLUSIONE:	Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole della Polizza.
ESTERO:	Si intende il mondo intero tranne l'Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano e i Territori Esclusi.
EVENTO ASSICURATO:	Qualsiasi evento che comporta l'attivazione delle coperture previste nella Polizza.
FRANCHIGIA/SCOPERTO:	Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la copertura prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato.
FRANCHIGIA ASSOLUTA:	La Franchigia si dice "assoluta" quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.
FRANCHIGIA RELATIVA:	La Franchigia si dice "relativa" quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della Franchigia l'Assicuratore non corrisponde l'Indennizzo, ma se il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza senza tener conto della Franchigia.
GRAVE PATOLOGIA:	Una condizione che, a parere della Centrale Operativa, costituisce un'emergenza medica grave che richiede intervento chirurgico o trattamento ospedaliero immediato per evitare la morte o una seria degenerazione delle condizioni di salute dell'Assicurato. La gravità della Patologia dipenderà anche dall'area geografica in cui si trova l'Assicurato, dalla natura dell'emergenza medica e dalla disponibilità nell'area locale di attrezzature mediche o trattamento adeguati.
GUERRA CIVILE:	Si parla di Guerra Civile quando due fazioni della stessa nazione combattono l'una contro l'altra o quando parte della popolazione si ribella all'ordine costituito.
GUERRA:	Si definisce Guerra una lotta armata tra due o più Stati, con o senza dichiarazione di Guerra.
INABILITA' TEMPORANEA:	È l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie mansioni lavorative per una durata limitata nel tempo.
INDENNIZZO:	La somma di denaro che l'Assicuratore si obbliga a pagare all'Assicurato in caso di Sinistro, se e nella misura in cui è coperto in base alle condizioni della presente Polizza.
INFORTUNIO:	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Ai sensi della presente Polizza sono considerati Infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi, anche:

- ✓ Infezioni derivanti direttamente da un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza, **ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'Infortunio**;
- ✓ Avvelenamento e menomazione fisica dovuta a consumo non intenzionale di sostanze tossiche o corrosive;
- ✓ L'asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori e l'annegamento;
- ✓ Congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione;
- ✓ Lesioni fisiche derivanti da Atti di terrorismo, Sabotaggio, Aggressione, Attacco di cui l'Assicurato sia vittima, **a meno che non venga dimostrato che vi ha preso parte attiva in qualità di istigatore o esecutore.**

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi:

- **Qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica;**
- **Ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o Infarto del miocardio, embolia celebrale o emorragia meningea.**

INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE:

Si definisce Invalidità Permanente Totale una perdita di autonomia totale e irreversibile.

Si verifica il caso di Invalidità Permanente Totale quando, come conseguenza di una lesione fisica accidentale assicurata, verificatasi dopo la liquidazione dell'Indennizzo, viene medicalmente confermata l'impossibilità definitiva dell'Assicurato di impegnarsi in attività che gli permettano di ricavare un sostentamento e la necessità di ricevere assistenza permanente di una terza persona per le attività quotidiane ordinarie.

INVALIDITA' PERMANENTE

Si tratta di una riduzione definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione, derivante da un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza.

ISTITUTO OSPEDALIERO:

Qualunque istituto pubblico o privato che sia conforme ai requisiti di natura legale del paese in cui è collocato e che:

- accolga e tratti i malati o feriti che ospita;
- ricoveri il malato o il ferito esclusivamente sotto la supervisione di uno o più medici che svolgono la professione e sono tenuti alla reperibilità nel suddetto istituto; mantenga in condizioni operative le apparecchiature mediche necessarie a effettuare diagnosi e prestare cure ai malati o ai feriti e, se necessario, sia in grado di eseguire interventi chirurgici nei propri locali o in un edificio sotto il suo controllo; fornisca delle cure per mezzo o sotto la supervisione di personale infermieristico.

MALATTIA:	Qualunque decadimento della salute, non dipendente da Infortunio, accertato da un'autorità medica qualificata, che colpisca l'Assicurato durante il periodo di Trasferta Professionale.
MALATTIA IMPROVVISA:	La Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza prima della decorrenza della copertura, o la manifestazione, seppure improvvisa, di una Malattia Preesistente Stabilizzata.
MALATTIA PREESISTENTE STABILIZZATA:	La Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di una patologia cronica o non cronica, insorta prima della data di decorrenza della copertura, che è stata curata e i cui sintomi sono rientrati o sono diventati stabili, come certificato da un'autorità medica qualificata.
MASSIMALE:	E' la somma massima indicata nel Certificato e liquidabile dall'Assicuratore a titolo di indennizzo del Danno a seguito di un Sinistro indennizzabile.
OBLIO ONCOLOGICO:	È il diritto (riconosciuto dalla Legge n. 193 del 7 dicembre 2023) di non fornire informazioni riguardo a malattie oncologiche da cui si è guariti, purché non ci siano stati episodi di recidiva da più di 10 anni (o 5, per patologie diagnosticate prima dei 21 anni, o in base al diverso termine inferiore stabilito per particolari tumori dal decreto emesso ai sensi dell'art. 5 della Legge).
PAESE DI RESIDENZA:	Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano, a seconda di dove si trova la Residenza dell'Assicurato.
PERSONA ESPATRIATA/DISTACCATA:	Qualunque Dipendente o soggetto a esso equiparabile (si veda la voce "Assicurato") che svolga, in forma stabile e permanente, la propria mansione in un paese diverso da quello di Residenza o il cui luogo di assegnazione principale sia in un paese diverso da quello di Residenza. Qualunque Dipendente o soggetto a esso equiparabile (si veda la voce "Assicurato") i cui viaggi superino i 180 giorni all'anno. Si specifica che situazioni che comportino Missioni ripetute di durata annua superiore a 360 giorni non consecutivi entro lo stesso paese sono considerati equivalenti, in materia di interpretazione e applicazione della presente Polizza, a una Missione permanente in quel paese.
PREMIO:	È la somma di denaro indicato nella Scheda di Polizza che la Contraente deve corrispondere alla Società per beneficiare dell'Assicurazione.
PRETESA:	Qualunque richiesta di risarcimento in via giudiziale o extragiudiziale, effettuata da un Terzo o dai suoi beneficiari, e inviata all'Assicurato e/o al suo Assicuratore.
RAPIMENTO:	Si tratta dell'azione di rapire in modo criminale una persona e trattenerla illegalmente ricorrendo alla forza in un posto segreto, con la finalità di richiedere un riscatto.
RESIDENZA:	L'abitazione nella quale l'Assicurato risiede abitualmente in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano. Nell'ambito della presente Polizza, la residenza secondaria (o seconda casa) si

	intende per motivi di svago e non può essere considerata Residenza.
RIVOLTA:	Qualunque movimento sedizioso e tumultuoso accompagnato da violenza in cui parte della popolazione si ribelli alle autorità per fare richieste di natura politica o sociale.
RICOVERO OSPEDALIERO:	Una degenza imprevista in caso di Infortunio o Malattia in un Istituto Ospedaliero, su prescrizione medica, per un trattamento medico o chirurgico.
SCHEDE DI POLIZZA:	Il documento rilasciato dalla Società che attesta l'esistenza dell'Assicurazione.
SINISTRO:	È il verificarsi dell'evento coperto dall'Assicurazione.
SOCIETÀ' O ASSICURATORE:	L'impresa di assicurazione, SI Insurance (Europe), S.A.
SOLLEVAZIONE POPOLARE:	Qualunque tumulto interno caratterizzato da disordine e azioni illegali senza che sia necessariamente presente una Rivolta.
TERRITORI ESCLUSI:	Si tratta dei paesi in cui la Società non eroga alcun Indennizzo e/o rimborso di spese in caso di Sinistro ivi occorso e precisamente in Russia, Ucraina e Bielorussia.
TERZI:	Qualunque persona fisica o giuridica ad esclusione: • dell'Assicurato stesso, dei suoi parenti prossimi, nonché delle persone che lo/la accompagnano; • dei dipendenti o agente, siano essi retribuiti o no, della Contraente, nell'adempimento dei propri doveri.
TRASFERTA PROFESSIONALE/MISSIONE:	Qualunque viaggio di lavoro intrapreso dalla persona assicurata in qualunque parte del mondo per conto della Contraente. Si specifica che la partecipazione a seminari e conferenze viene considerata alla stregua dei viaggi di lavoro e che le attività private svolte in relazione alla Trasferta Professionale sono anch'esse coperte dalla presente Polizza. La Trasferta inizia quando l'Assicurato lascia l'abituale posto di lavoro e/o la sua residenza e termina quando lo stesso fa rientro in uno di tali luoghi. Resta inteso che le vacanze e i viaggi tra casa e lavoro dell'Assicurato non sono considerati Trasferta Professionale.
VETTORE COMUNE:	Ogni mezzo di trasporto di acqua, terra, aria che operi sotto licenza per il trasporto di passeggeri.

2 - OGGETTO E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1) Oggetto dell'Assicurazione

Nei limiti delle Esclusioni e delle somme indicate in Polizza, la presente Assicurazione è prestata per le garanzie descritte alle successive sezioni del presente contratto, purché espressamente richiamate nel Certificato di Assicurazione.

3 – PRESTAZIONI ASSICURATE

SEZIONE INFORTUNI**Art. 1) Ambito di operatività**

La presente Assicurazione è prestata per gli Infortuni che gli Assicurati subiscono in occasione di una Trasferta Professionale, con o senza soggiorno, sia in Italia che all'Estero, **ad eccezione dei Territori Esclusi**. La validità della copertura - riportata nello "Stato di rischio" allegato - può essere relativa a Trasferte Professionali:

- che si svolgano interamente in Italia;
- che si svolgano interamente all'Estero;
- che si svolgano sia in Italia che all'Estero.

La copertura decorre dall'effettivo inizio della Trasferta Professionale, indipendentemente dal fatto che esso abbia inizio dall'abitazione dell'Assicurato stesso o dalla sede di lavoro; la copertura termina al ritorno dell'Assicurato al luogo di partenza. Qualora al termine della Trasferta Professionale l'Assicurato decida di continuare il viaggio, per scopi privati, l'Assicurazione si estenderà **per un periodo massimo di quindici giorni**.

Sono considerati Infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione, **purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 42)**, gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producano lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una Invalidità Permanente.

Sono considerati Infortuni indennizzabili ai sensi della presente Assicurazione anche:

- l'asfissia per fuga di gas, vapori o esalazioni velenose;
- gli avvelenamenti o intossicazioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze in genere;
- le infezioni od avvelenamenti da morsi o punture in genere;
- l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- la folgorazione;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi;
- le ernie addominali traumatiche con le limitazioni di cui all'art.3) delle Condizioni Particolari di Assicurazione;
- le forze della natura compresi movimenti tellurici, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, frane, valanghe e slavine;
- Infortuni sofferti in stato di malore ed incoscienza.

Art. 2) Rischio volo

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (**ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio**) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti

da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, della Contraente o dell'Assicurato stesso.

Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a € 7.500.000,00 (settemilioniecinquecentomila) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli Indennizzi liquidabili a termini di Polizza, in dipendenza del medesimo Sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli Indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di Polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 3) Limitazione relativa alle ernie

Con riferimento alle ernie addominali traumatiche si dà atto che:

- caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità a titolo di Invalidità Permanente **non superiore al 10% (diecipercento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale;**
- qualora insorga contestazione circa la natura o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico, di cui all'art. 69) delle Condizioni di Polizza.
- se l'Infortunio determina ernia operabile, verrà corrisposta un Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea, **semprech  sia previsto in Polizza, fino ad un periodo di giorni 30 successivi a quello dell'Infortunio.**

Art. 4) Rischio Guerra

L'Assicurazione si applica agli Infortuni che l'Assicurato - ai sensi della presente Polizza - subisca in occasione di una Trasferta Professionale e **in conseguenza di atti di Guerra al di fuori del Paese di Residenza, purch  lo stesso non ne abbia preso parte attiva.**

Art. 5) Morte da Infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, **purch  la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza e questa si verifichi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale l'Infortunio stesso   avvenuto.**

L'Indennizzo   maggiorato di un importo forfettario del 10% se l'Assicurato ha un coniuge o figli a carico, indipendentemente dal numero di persone che compongono la sua famiglia.

In caso di morte da Infortunio di un figlio/dei figli che accompagna/accompagnano l'Assicurato durante la Trasferta Professionale, l'Assicuratore versa al Beneficiario un Indennizzo di € 10.000 (diecimila euro) per figlio.

In caso di morte da Infortunio del coniuge/convivente che accompagna l'Assicurato durante la Trasferta Professionale, la Società versa al Beneficiario un Indennizzo di € 50.000 (cinquantamila euro).

Art. 6) Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e - secondo le norme di legge applicabili - si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai Beneficiari indicati in Polizza il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.**

Resta inteso che se, dopo che la Società ha pagato l'Indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 7) Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente e questa si verifica entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno di accadimento dell'Infortunio, la Società liquida per tale titolo un Indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata per il 100% di invalidità, la percentuale relativa all'Invalidità Permanente determinata secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia Relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale.

La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'Indennizzo viene stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

L'Indennizzo è maggiorato di un importo forfettario del 10% se l'Assicurato ha un coniuge o figli a carico, indipendentemente dal numero di persone che compongono la sua famiglia.

Se l'Assicurato è vittima di un'Invalidità Permanente Totale (100%) l'Indennizzo, più eventuali maggiorazioni per carichi di famiglia, sarà maggiorato del cinquanta per cento (50%).

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio che colpisca il coniuge/convivente o un figlio/i figli a carico che accompagna/accompagnano l'Assicurato durante il viaggio di lavoro, la somma utilizzata come base per il calcolo dell'Indennizzo da versare alla vittima è di € 50.000 (cinquantamila euro).

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

Tale copertura è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nell'allegato alla Polizza denominato "Scheda di Polizza" ove presente e operante come definite nell'art. 8 "Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio".

Art. 8) Franchigie Invalidità Permanente da Infortunio

Le Franchigie eventualmente richiamate nella Scheda di Polizza per ciascuna categoria di assicurati si intendono operanti come di seguito:

Assoluta al 3% ma Relativa al 10%

A parziale deroga dell'art. 7 delle Condizioni di Polizza è stabilito che non si fa luogo a Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 3% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 3% della totale, verrà corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente. Tuttavia, se l'Invalidità Permanente supera il 10% della totale, l'Indennizzo viene corrisposto senza applicazione di Franchigia.

Esempio 1: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 5%, l'Assicuratore pagherà un Indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (5%-Invalidità Permanente – 3% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

Esempio 2: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 12%, l'Assicuratore pagherà un Indennizzo pari al 12% della Somma Assicurata (12%-Invalidità Permanente – 10% Franchigia relativa = 12% indennizzabile).

5% Assoluta

A parziale deroga dell'art. 7 delle Condizioni di Assicurazione è stabilito che non si fa luogo a Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado inferiore o pari al 5% della totale. Se l'Invalidità Permanente medesima supera il 5% della totale, verrà corrisposto l'Indennizzo per la parte eccedente.

Esempio: in caso di Invalidità Permanente subita dall'Assicurato a seguito di un Infortunio pari al 7%, l'Assicuratore pagherà un Indennizzo pari al 2% della Somma Assicurata (7% - Invalidità Permanente – 5% Franchigia assoluta= 2% indennizzabile).

Art. 9) Coma conseguente a Infortunio

Se un Assicurato è vittima di un Infortunio assicurabile ai sensi della presente Polizza ed è clinicamente accertato che è rimasto in coma per un periodo ininterrotto di più di

dieci giorni, la Società pagherà al Beneficiario indicato un Indennizzo di € 100 (cento euro) al giorno per ogni giorno trascorso in coma, per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.

L'importo versato in relazione a questo Indennizzo viene detratto dagli Indennizzi previsti in caso di morte, morte presunta e Invalidità Permanente derivante da un Infortunio di cui agli articoli precedenti.

Lo stato di coma da Infortunio del coniuge/convivente e i figli che accompagnano l'Assicurato nella Trasferta Professionale non sarà in alcun caso oggetto di Indennizzo.

Art. 10) Incidenti su mezzi di trasporto

In caso di morte a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza, avvenuto a bordo di mezzi pubblici di trasporto terra, l'Assicuratore aumenterà l'Indennizzo erogabile per il Caso Morte all'Assicurato trasportato quale passeggero del 15% con il massimo di €25.000.

Art. 11) Supporto psicologico

La Centrale Operativa fornisce sostegno psicologico al coniuge/convivente e / o figli a carico di un Assicurato che muore a seguito di Infortunio subito durante la Trasferta Professionale.

Lo psicologo deve fornire al coniuge/convivente e / o figli a carico dell'Assicurato il supporto per affrontare il disagio subito a causa dell'evento luttuoso.

Lo psicologo deve aiutarli a identificare, valutare e mobilitare le loro risorse, familiari, sociali e personali, per aiutarli a superare questo momento difficile.

Il servizio sarà offerto telefonicamente; sarà organizzato un appuntamento telefonico con uno degli psicologi della Centrale Operativa, che richiamerà per avviare il processo.

Le interviste sono effettuate in totale sicurezza e in conformità con i codici deontologici della professione di Psicologo\Psicoterapeuta.

Il sostegno offerto è limitato a 5 sessioni al massimo. Se la situazione richiede un periodo di sostegno più lungo, lo psicologo indirizzerà il coniuge/convivente e / o figli a carico di un Assicurato morto a seguito di Infortunio subito durante la Trasferta Professionale al medico curante.

SEZIONE INFORMAZIONI

Art. 12) Informazioni urgenti

Art. 12.1) Servizi informativi per l'ottenimento di visti

La Centrale Operativa assisterà l'Assicurato che faccia tale richiesta, fornendo le informazioni riguardanti i requisiti per l'ottenimento di un visto per il /i paese/i Estero/i in cui si svolgerà la Trasferta Professionale.

Art. 12.2) Servizi informativi sulle vaccinazioni

La Centrale Operativa assisterà l'Assicurato che faccia tale richiesta, fornendo le informazioni riguardanti i requisiti in materia di vaccinazioni per il /i paese/i Estero/i in cui si svolgerà la Trasferta Professionale.

Art. 12.3) Annullamento e riprogrammazione degli appuntamenti

In caso di Infortunio o Malattia Improvvisa che obblighino l'Assicurato durante la Trasferta Professionale a ritardare o disdire impegni o appuntamenti professionali, la Centrale Operativa provvederà per suo conto:

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

La Contraente o l'Assicurato devono rendere disponibili eventuali scambi di corrispondenza che provino che gli appuntamenti in questione erano stati definiti.

Art. 12.4) Documenti di Viaggio

In caso di furto, smarrimento o danneggiamento durante la Trasferta Professionale di uno o più dei seguenti documenti ("**Documenti di Viaggio**"):

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

La Centrale Operativa fornirà informazioni su cosa fare e organizzerà in accordo con l'Assicurato l'eventuale modifica del viaggio necessaria per ottenere nuova emissione degli stessi.

In ogni caso la Centrale Operativa collaborerà con l'Assicurato per l'ottenimento di Documenti di Viaggio sostitutivi. **Eventuali costi di rifacimento e di spedizione saranno sostenuti dalla Contraente.**

Art. 12.5) Ricerca di fornitori locali di servizi

In caso di mancata fornitura di servizi (relativi a una guida, un interprete, un autista, ecc.), prenotati e confermati dalla Contraente prima della partenza dell'Assicurato per la Trasferta Professionale, la Centrale Operativa provvederà a contattare i fornitori locali di servizi alternativi e, nella misura in cui questi esistono e sono disponibili, a trasmettere i loro contatti alla Contraente.

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

In ogni caso l'Assicurazione non si farà carico dei compensi richiesti dai fornitori locali di servizi alternativi in relazione ai servizi da questi prestati alla Contraente o all'Assicurato.

Art. 12.6) Invio di messaggi

Qualora l'Assicurato che si trovi in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti ai propri familiari di primo grado, la Centrale Operativa provvederà per suo conto all'inoltro delle comunicazioni alla famiglia o alle persone da lui stesse indicate.

Art. 13) Informazioni di viaggio

La Centrale Operativa mette a disposizione un servizio di informazioni riservato all'Assicurato; l'Assicurato può usufruire di un database medico e sanitario che offre

informazioni dettagliate sulle condizioni igienico sanitarie e sulle strutture ospedaliere di oltre centottanta Paesi.

Le informazioni disponibili sono le seguenti:

- Misure preventive di viaggio: malattie, vaccini, igiene;
- Metodologie di accesso alla medicina generale e alla cura ambulatoriale, ricovero e servizi di emergenza;
- Qualità e standard dell'assistenza sanitaria;
- Strutture sanitarie e medici accreditati dalla Centrale Operativa;
- Informazioni di natura culturale e politica: festività, ambasciate e visti;
- Situazioni di rischio, contesti temibili in termini di sicurezza e precauzioni da adottare;
- Capitale, popolazione, valute, gruppi etnici, religioni, lingue;
- Clima e fusi orari;
- Abitudini culturali, specialmente nel campo degli affari;
- Altre informazioni pratiche.

SEZIONE ASSISTENZA

Art. 14) Assistenza al rimpatrio e spese mediche di emergenza

Questi servizi sono validi non solo all'Estero, ma anche nel Paese di Residenza dell'Assicurato ove non espressamente limitati.

Art. 14.1) Trasporto in un centro specialistico

Se riterrà che le condizioni mediche dell'Assicurato siano gravi al punto da richiedere un trasporto medico di emergenza, su consiglio dei propri esperti medici, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà il costo del trasporto dell'Assicurato al più vicino centro medico o Istituto Ospedaliero in cui siano disponibili i trattamenti medici adeguati, che non necessariamente saranno localizzati nel Paese di Residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa si riserva altresì il diritto di decidere il luogo in cui trasportare l'Assicurato, nonché i mezzi o metodo per farlo. Un'eventuale diversa decisione dell'Assicurato presa in assenza di preventivo consenso della Società non darà luogo ad alcun Indennizzo.

Tale trasporto medico di emergenza potrà essere effettuato da un servizio di elisoccorso, da un vettore aereo di linea, in treno, nave o in ambulanza.

Se l'Assicurato viene trasportato nella sua Residenza, la Centrale Operativa si riserva il diritto di usare i biglietti di viaggio già a disposizione dell'Assicurato per il suo viaggio di ritorno.

Dopo il trasporto medico di emergenza, se le sue condizioni lo permettono, l'Assicurato sarà rimpatriato nel Paese di Residenza su un aereo di linea, in treno, nave o ambulanza, **salvo che non vi abbia già fatto ritorno precedentemente.**

Gli esperti medici della Centrale Operativa saranno i soli autorizzati a decidere sul rimpatrio, sulla scelta dei mezzi di trasporto e sul luogo di Ricovero Ospedaliero. Un'eventuale diversa decisione dell'Assicurato presa in assenza di preventivo consenso della Società e/o della Centrale Operativa non darà luogo ad alcun Indennizzo.

Le prenotazioni saranno fatte dalla Centrale Operativa.

Art. 14.2) Invio di un medico nel luogo di degenza

Se reso necessario dalle condizioni dell'Assicurato e dalle circostanze, la Centrale Operativa potrà decidere di inviare un medico nel luogo di degenza per valutare meglio le misure da intraprendere e come organizzare l'eventuale rimpatrio nel Paese di Residenza. La Centrale Operativa sosterrà le parcelle del medico e le spese di viaggio del medico nominato.

Art. 14.3) Rientro presso la Residenza dell'Assicurato

Quando l'Assicurato è in condizione di lasciare l'Istituto Ospedaliero, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi del suo rientro presso la Residenza.

Il rientro e la scelta dei mezzi idonei saranno organizzati e gestiti dalla Centrale Operativa.

Art. 14.4) Rientro del Coniuge/convivente accompagnatore e dei figli in caso di rimpatrio dell'Assicurato

La Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi del viaggio per il coniuge/convivente e per i figli a carico in caso di rimpatrio dell'Assicurato presso la Residenza nella misura in cui, a causa di tale rimpatrio non è più possibile utilizzare i biglietti in loro possesso per il loro ritorno. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei saranno organizzati e gestiti dalla Centrale Operativa.

La Centrale Operativa si riserva il diritto di utilizzare il biglietto di ritorno dell'Assicurato nonché del coniuge/convivente e dei figli, qualora sia possibile cambiarlo o modificarlo.

Art. 14.5) Trasporto/Rimpatrio delle spoglie

In caso di morte dell'Assicurato la Centrale Operativa organizzerà il e sosterrà i costi del trasporto del corpo dell'Assicurato presso la sua Residenza.

L'Assicuratore si impegna a sostenere il costo del trasporto del feretro fino ad un massimo di € 5.000 (cinquemila euro).

Questo servizio vale anche per il trasporto del corpo che sia stato temporaneamente tumulato secondo quanto previsto dalle prassi e dai requisiti locali, al fine di essere tumulato nuovamente o cremato nel Paese di Residenza dell'Assicurato.

I costi sostenuti per il funerale o la cremazione non sono a carico dell'Assicuratore e non saranno quindi oggetto di alcun rimborso.

Art. 14.6) Rimpatrio degli effetti personali dell'Assicurato

In caso di morte dell'Assicurato durante una Trasferta Professionale superiore ai 6 mesi ed al di fuori del Paese di Residenza, la Società rimborserà le spese sostenute **fino ad un massimo di € 2.000** a titolo di costi per la spedizione degli effetti personali dell'Assicurato fino al Paese di Residenza, purché sostenuti con il previo consenso della Società.

Art. 14.7) Biglietto/Spese alberghiere per un familiare in caso di decesso dell'Assicurato

Se, in seguito a decesso di un Assicurato non accompagnato nel corso della sua Trasferta Professionale, sopraggiunge la necessità della presenza di un membro della famiglia per identificare il corpo e/o partecipare alle formalità per il rimpatrio o la cremazione delle spoglie dell'Assicurato, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un familiare dell'Assicurato, che sia rimasto nel Paese di Residenza, un biglietto aereo a/r (in classe turistica) o un biglietto di treno a/r (in prima classe) per consentirgli/le di recarsi nel luogo in cui si trovano le spoglie dell'Assicurato deceduto.

La Centrale Operativa sosterrà i costi alberghieri sostenuti dal familiare **fino ad un massimo di € 250 (duecentocinquanta) per un periodo massimo di tre giorni.**

Art. 14.8) Rimpatrio dell'Assicurato in caso di Azione Terroristica o Sabotaggio, Attacco o Aggressione

Se l'Assicurato è vittima diretta di un Atto di Terrorismo o Sabotaggio, di un Attacco o di una Aggressione, da cui derivino lesioni fisiche, la Centrale Operativa organizzerà il rimpatrio dell'Assicurato presso il suo Paese di Residenza con il primo mezzo ragionevolmente disponibile. Il rientro e la scelta dei mezzi idonei - saranno organizzati e gestiti dalla Centrale Operativa.

Art. 14.9) Sostituzione

Qualora durante la Trasferta Professionale l'Assicurato muoia o sia vittima di un Infortunio o Malattia Improvvisa che comporti l'impossibilità di lavorare per più di 30 giorni (e quindi il suo rimpatrio), e tale circostanza venga accertata e notificata da un medico autorizzato dalla Centrale Operativa, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un incaricato della Contraente, dalla stessa indicato, un biglietto di sola andata ferroviario (prima classe) o di sola andata aereo (classe economica) per permettere ad un collega di sostituire l'Assicurato nel suo incarico.

La prestazione non è cumulabile con la prestazione denominata "Rientro dell'Assicurato nel luogo di Missione", laddove si tratti di conseguenze dello stesso Evento Assicurato.

Art. 14.10) Rientro anticipato dell'assicurato in caso di danno grave alla propria abitazione

In caso di danneggiamento grave all'abitazione dell'Assicurato, in cui il danno sia tale da rendere la sua presenza essenziale, la Centrale Operativa organizzerà o rimborserà i costi di un volo aereo (in classe turistica) o di un biglietto ferroviario (in prima classe) affinché possa raggiungere la propria abitazione danneggiata.

La prestazione sarà concessa nella misura in cui l'Assicurato è impossibilitato a utilizzare i biglietti di viaggio forniti in relazione alla sua Trasferta Professionale.

La Centrale Operativa si riserva il diritto di utilizzare il biglietto di ritorno dell'Assicurato, qualora sia possibile cambiarlo o modificarlo.

Art. 14.11) Rientro anticipato del Rappresentante Legale della Contraente in seguito al verificarsi di un evento grave nella sede della società:

La Centrale Operativa organizzerà e rimborserà i costi di un volo aereo (in classe turistica) o di un biglietto ferroviario (in prima classe) affinché l'Assicurato rappresentante legale della Contraente possa raggiungere la sede della società in caso di:

- Danno materiale grave all'edificio dove si trova la sede legale della Contraente, o la morte di un Dipendente; o
- Ricovero Ospedaliero per oltre sette giorni consecutivi di un Dipendente.

La prestazione sarà concessa nella misura in cui l'Assicurato è impossibilitato a utilizzare i biglietti di viaggio forniti in relazione alla sua Trasferta Professionale.

La Centrale Operativa si riserva il diritto di utilizzare il biglietto di ritorno dell'Assicurato, qualora sia possibile cambiarlo o modificarlo.

Art. 14.12) Visita all'Assicurato in cura presso un Istituto Ospedaliero

In caso di Ricovero Ospedaliero superiore a 10 giorni, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato ricoverato ne impediscano il rientro presso il Paese di Residenza, la Centrale Operativa metterà a disposizione di un membro della famiglia un volo aereo

A/R (in classe turistica) o un biglietto ferroviario A/R (in prima classe) per recarsi nel luogo del Ricovero Ospedaliero; la partenza potrà essere esclusivamente dal Paese di Residenza dell'Assicurato.

La Centrale Operativa provvederà alle sistemazioni alberghiere di questa persona e ne rimborserà i costi effettivamente sostenuti, **previa presentazione delle ricevute originali, fino a un massimo di € 250 (duecentocinquanta euro) al giorno con il limite massimo complessivo di € 2.500 (duemilacinquecento euro).**

Si precisa che la presente prestazione vale esclusivamente per i costi della stanza d'albergo, qualunque altra spesa collegata a questo evento non è rimborsabile.

Art. 14.13) Invio di farmaci essenziali non reperibili localmente

Se un Assicurato in Trasferta Professionale all'Estero non è in grado di reperire localmente i farmaci necessari alla sua salute, la Centrale Operativa li cercherà e li invierà appena possibile, nella misura in cui le normative nazionali e internazionali lo consentano. **La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile per eventuali ritardi attribuibili alle organizzazioni di trasporto coinvolte, né per eventuali indisponibilità dei farmaci.**

L'Assicurato si impegna a rimborsare la Centrale Operativa per tali farmaci entro un periodo di tre mesi dal loro ricevimento. Tale prestazione non potrà in alcun caso essere concessa in relazione a un trattamento a lungo termine che richieda consegne regolari suddivise sull'intera durata della Trasferta Professionale.

Art. 14.14) Rientro anticipato in caso di nascita pre-termine di un figlio dell'Assicurato

Se l'Assicurato deve interrompere il proprio soggiorno mentre si trova in Trasferta Professionale poiché la coniuge/convivente ha partorito prematuramente per decisione del medico e per ragioni esclusivamente e rigorosamente di carattere patologico, la Centrale Operativa organizzerà e rimborserà i costi di un biglietto di ritorno (volo aereo in classe turistica o un biglietto ferroviario di prima classe) per consentire all'Assicurato di tornare nel proprio Paese di Residenza.

Il parto prematuro deve essere deciso da un medico in virtù di gravi motivazioni mediche e dovrà avvenire prima della settima settimana antecedente alla data prevista per il parto.

Se, per salvaguardare la salute della madre o del bambino, il medico decide di indurre il parto prima del ritorno dell'Assicurato, la Centrale Operativa, nella misura in cui è possibile trasmettere informazioni mediche e nel rispetto delle disposizioni sulla riservatezza dei dati medici, a norma delle disposizioni in materia di volta in volta applicabili, si impegna a informare costantemente l'Assicurato sull'evoluzione dello stato di salute del coniuge/convivente e figlio. Al fine di trattare i dati sensibili del coniuge/convivente dell'Assicurato la Centrale Operativa si riserva di far firmare all'interessato/a un modulo di consenso al trattamento dei dati sensibili da parte della Centrale Operativa. In caso di rifiuto del coniuge/convivente dell'Assicurato, la Centrale Operativa non sarà in grado di eseguire la prestazione assicurata.

Art. 14.15) Costi di estensione del soggiorno dell'Assicurato

Se lo stato di salute dell'Assicurato non richiede un Ricovero Ospedaliero immediato presso un Istituto Ospedaliero, nel caso in cui la Centrale Operativa non riesca a portare a compimento il rimpatrio e se il periodo programmato per la Trasferta Professionale è terminato, la Centrale Operativa sosterrà i costi del prolungamento del soggiorno **fino a € 250 (duecentocinquanta euro) al giorno fino al momento del rimpatrio, entro il limite massimo di € 2.000 (duemila euro). Si precisa che la presente condizione vale esclusivamente per i costi alberghieri e per le spese di vitto.**

Art. 14.16) Rientro dell'Assicurato nel luogo di Missione

Se dopo il rimpatrio dell'Assicurato, in seguito a Infortunio o Malattia Improvvisa indennizzabili ai sensi della presente Polizza, l'Assicurato ritorni ad essere in buona salute, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato un volo aereo (in classe turistica) o di un biglietto ferroviario (in prima classe) affinché possa rientrare presso la sede della Trasferta Professionale.

Tale prestazione non è cumulabile con la Prestazione denominata "Sostituzione", laddove si tratti di conseguenze dello stesso Evento Assicurato.

Art. 14.17) Invio di un medico nel caso in cui il figlio di un assicurato, rimasto a casa, si ammali o sia vittima di un Infortunio

Nel caso di Infortunio o Malattia Improvvisa di un figlio a carico dell'Assicurato, mentre quest'ultimo è in Trasferta Professionale all'Estero, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi dell'invio di un medico per visitare il figlio dell'Assicurato.

Qualora lo stato di salute del figlio dell'Assicurato dovesse peggiorare, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi per trasportarlo in ambulanza da casa fino all'Istituto Ospedaliero più adeguato per il trattamento prescritto.

Tale prestazione assicurata potrà essere concessa solo in Italia.

Art. 14.18) Assistenza al figlio dell'Assicurato minore di sedici anni

Qualora l'Assicurato venga ricoverato nel corso di una Trasferta Professionale e il coniuge/convivente lo debba raggiungere in ospedale ma si trovasse nell'impossibilità di lasciare i figli soli o di affidarli a un parente o amico dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi di:

- Assistenza ai bambini minori di sedici anni prestata presso il domicilio dell'Assicurato, **per un massimo di due giorni, per un massimo di dieci ore al giorno ed entro il limite massimo di € 500 (cinquecento euro).**

oppure in alternativa

- Acquisto di un biglietto aereo andata/ritorno in classe economica o di un biglietto ferroviario di prima classe che permetta ad una persona residente in Italia scelta dall'Assicurato di recarsi a casa del bambino/i minore/i di dieci anni per prendersene cura.

L'Assicurato avrà facoltà di scegliere tra queste due opzioni, **le quali - si sottolinea - non sono cumulabili. Tale prestazione assicurata può essere fornita esclusivamente in Italia.**

Art. 14.19) Recupero del veicolo dell'Assicurato

Se l'Assicurato fa abitualmente uso di un'auto privata o aziendale durante lo svolgimento della Trasferta Professionale, e durante tale Missione, a causa di Infortunio o Malattia Improvvisa, viene ricoverato per oltre dieci giorni, e per questo si troverà nell'impossibilità di recuperare il veicolo, la Centrale Operativa organizzerà e sosterrà i costi di recupero di tale veicolo.

Tale prestazione assicurata può essere fornita esclusivamente in Italia.

Art. 14.20) Interprete a disposizione

Quando l'Assicurato a seguito di Ricovero Ospedaliero in un Istituto Ospedaliero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'Estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un

interprete assumendosene i relativi costi, **entro il limite massimo di € 1.500 (millecinquecento euro) per la sola durata della Trasferta Professionale.**

Art. 14.21) Invio di un Fabbro

A seguito di furto o tentato furto, smarrimento o rottura delle chiavi, guasto della serratura che rendano impossibile l'accesso alla Residenza, (furto o tentato furto che abbiano compromesso la funzionalità della porta di accesso all'abitazione in modo tale da non garantire la sicurezza dei locali della stessa), la Centrale Operativa provvederà ad inviare presso l'abitazione un fabbro e terrà a proprio carico il costo dell'uscita e della manodopera **sino ad un massimo di € 150,00 (centocinquanta euro) per Sinistro.**

Tutti i costi relativi al materiale per la riparazione restano a carico dell'Assicurato e per poter usufruire dell'intervento è necessaria la presenza di una persona indicata dall'Assicurato presso l'abitazione.

Tale prestazione assicurata può essere fornita esclusivamente in Italia.

Art. 14.22) Invio di un Sorvegliante

Per sorvegliare la Residenza nei casi in cui i mezzi di chiusura non siano più operanti a causa di furto o tentato furto, la Centrale Operativa provvederà ad inviare presso l'abitazione una guardia giurata e terrà a proprio carico il costo **sino ad un tempo massimo di 10 ore di sorveglianza.**

Tale prestazione assicurata può essere fornita esclusivamente in Italia.

Art. 14.23) Esclusioni specifiche nelle prestazioni di assistenza fornite dalla Centrale Operativa

Fatte salve le Esclusioni previste dalle Condizioni di Polizza all'art. 42, si intendono altresì operanti le seguenti Esclusioni:

- **la Centrale Operativa sarà responsabile entro i limiti disposti dalle Autorità Locali competenti;**
- **la Centrale Operativa non potrà, in nessuna circostanza, farsi carico dei servizi di emergenza locali, né pagare i costi sostenuti;**
- **la Centrale Operativa non sarà ritenuta responsabile per mancanza o contrattempo nell'esecuzione degli obblighi derivanti da casi o eventi di forza maggiore quali (a titolo esemplificativo e non esaustivo) Rivolte, Guerra Civile, Guerra, disordine civile, Sollevazione Popolare, sciopero, Attacco o Rapimento, pirateria, dirottamento, esplosione di dispositivi, effetti nucleari o radioattivi o impedimento climatico;**
- **la Centrale Operativa non sarà responsabile nei casi in cui l'Assicurato abbia deliberatamente violato le leggi in vigore nei paesi in cui sia transitato o in cui abbia soggiornato temporaneamente.**
- **Saranno esclusi gli eventi accaduti come conseguenza della partecipazione dell'Assicurato, in qualità di concorrente, in competizioni sportive, scommesse, partite, concorsi, rally automobilistici o prove degli stessi, nonché le operazioni di ricerca e soccorso (cfr. art. 19) associate ai suddetti eventi.**

Art. 14.24) Natura specifica degli interventi di assistenza

Le prestazioni di assistenza non sono intese come Indennizzo, ma consistono essenzialmente nell'offerta di servizi/prestazioni in natura.

Di conseguenza, i servizi/prestazioni non reclamati durante la Trasferta Professionale o che non siano stati organizzati dalla Centrale Operativa non daranno diritto ad alcun Indennizzo, rimborso o compensazione.

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art. 15) Spese mediche al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato

Tale copertura è prevista nel corso delle Trasferte Professionali svolte in qualunque parte del mondo **con la sola esclusione del Paese di Residenza dell'Assicurato.**

Art. 15.1) Rimborso spese mediche in caso di Ricovero Ospedaliero

Tale copertura opera, senza limitazioni in termini di importo, **ma per un massimo di cinquecento giorni consecutivi di Ricovero Ospedaliero o convalescenza presso un Istituto Ospedaliero**, in conseguenza di un Infortunio o una Malattia Improvvisa. La Società anticiperà e/o sosterrà i costi derivanti dal Ricovero Ospedaliero e anche i costi di consulenza medica dell'Assicurato, i costi per farmaci e quelli derivanti da esami radiologici e medici, al netto della deduzione dei rimborsi a carico della Previdenza sociale e di qualunque altra forma di assicurazione integrativa. Per potersi avvalere dell'anticipo dei costi, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa prima di prendere qualsiasi iniziativa.

Tutte queste spese devono essere decise esclusivamente da un medico abilitato alla professione e in possesso dei titoli accademici necessari nel paese in cui opera.

Art. 15.2) Rimborso spese mediche senza Ricovero Ospedaliero

Le altre spese mediche sostenute, entro 365 giorni dalla data dell'Infortunio o della Malattia Improvvisa, direttamente dall'Assicurato saranno rimborsate all'Assicurato al ricevimento, da parte della Società, di tutta la documentazione giustificativa. Le suddette spese mediche sostenute direttamente dall'Assicurato verranno rimborsate esclusivamente se preventivamente approvate, autorizzate e coordinate dalla Centrale Operativa. Nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato a contattare la Società (anche per il tramite di terze persone), lo stesso dovrà fornire prova di tale circostanza.

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

In ogni caso l'Assicurato, prima di presentare una richiesta di rimborso alla Società, si impegna a sottoporre la propria richiesta di rimborso delle spese mediche al proprio ente di previdenza sociale, fondo sanitario e qualunque assicurazione od organizzazione sociale da cui l'Assicurato abbia diritto di ricevere un rimborso. Qualora l'Assicurato riceva sia un rimborso delle spese mediche da una delle predette entità sia un rimborso delle spese mediche dalla Società, l'Assicurato si impegna a rimborsare alla Società le somme dalla stessa corrisposte.

Il costo del trattamento dentale, risultante da un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza, sarà limitato a € 300 (trecento euro) per dente, con un massimo per Sinistro di € 2.000 (duemila euro).

I costi per protesi oculari e ausili uditivi derivanti da un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza saranno limitati a € 500 (cinquecento euro) per singola protesi.

In ogni caso non sono oggetto di rimborso i seguenti costi:

- I costi di una protesi funzionale e/o conseguente in seguito a Malattia.
- I costi dei trattamenti dentali che non siano dovuti ad un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza o che non siano necessari ad affrontare un'emergenza medica grave con necessità di trattamento urgente, secondo il parere dei medici della Centrale Operativa.
- I costi di trattamenti agli occhi, che non siano dovuti ad un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza.
- Il costo di una cura presso una spa o centro estetico e il costo di un soggiorno in una casa di cura.
- I costi per la riabilitazione.
- I costi sostenuti durante un viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, comunque, intrapreso con patologie in fase acuta o con lo scopo di sottoporsi a trattamenti medico chirurgici,
- I costi sostenuti se l'Assicurato non soffre di alcuna patologia medica grave o se il trattamento può ragionevolmente essere differito fino al ritorno dell'Assicurato nel luogo di Residenza.
- I costi legati al parto o alla gravidanza (ad eccezione del caso in cui insorgano complicazioni che mettono a rischio la vita della mamma e/o del nascituro).
- I costi legati a un trattamento prescritto nel Paese di Residenza dell'Assicurato prima della sua partenza in Trasferta Professionale.

Art. 16) Spese mediche in Italia

Le spese mediche di cui sopra potranno essere rimborsate anche ove sostenute in Italia a condizione che siano sostenute entro 30 giorni dalla data in cui l'Assicurato rientra in Italia e che risultino conseguenza di un Infortunio e/o Malattia Improvvisa per il quale si sia reso necessario il Ricovero Ospedaliero durante la Missione all'Esteri; **il limite massimo per il rimborso di tali spese mediche è fissato in € 25.000,00 (venticinquemila euro). La Società rimborserà esclusivamente le spese mediche per cure mediche prescritte da medici autorizzati in Istituti Ospedalieri legalmente riconosciuti.**

La copertura opera esclusivamente come integrazione del rimborso eventualmente ricevuto da un ente di previdenza sociale, fondo sanitario e qualunque assicurazione od organizzazione sociale da cui l'Assicurato abbia diritto di ricevere un rimborso.

Non sono oggetto di rimborso i seguenti costi:

- I costi di una protesi funzionale e/o conseguente in seguito a Malattia.
- I costi dei trattamenti dentali che non siano dovuti ad un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza o che non siano necessari ad affrontare un'emergenza medica grave con necessità di trattamento urgente, secondo il parere dei medici della Centrale Operativa.

- I costi di trattamenti agli occhi, che non siano dovuti ad un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza.
- Il costo di una cura presso una spa o centro estetico ed il costo di un soggiorno in una casa di cura.
- I costi per la riabilitazione.
- I costi sostenuti durante un viaggio intrapreso contro il parere di un medico o, comunque, intrapreso con patologie in fase acuta o con lo scopo di sottoporsi a trattamenti medico chirurgici,
- I costi sostenuti se l'Assicurato non soffre di alcuna patologia medica grave o se il trattamento può ragionevolmente essere differito fino al ritorno dell'Assicurato presso la Residenza.
- I costi legati al parto o alla gravidanza (ad eccezione del caso in cui insorgano complicazioni che mettono a rischio la vita della mamma e/o del nascituro).
- I costi legati a un trattamento prescritto nel Paese di Residenza dell'Assicurato prima della sua partenza in Trasferta Professionale.

Art. 17) Deturpazione o sfregio permanente al viso

In caso di danno estetico causato da un Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza la Società pagherà un Indennizzo massimo pari a tremila euro (€3.000) in proporzione alla gravità del danno estetico, valutata dall'autorità medica competente.

L'Indennizzo sarà corrisposto solamente dopo il Consolidamento della lesione, che dovrà essere sottoposta a certificazione medica con descrizione dei postumi osservati.

L'Indennizzo a seguito di Deturpazione o sfregio permanente al viso non è dovuto nei seguenti casi:

- Infortunio non rientrante in copertura;
- Deturpazione o sfregio permanente al viso derivante da Malattia;
- Deturpazione o sfregio permanente al viso permanente causato da un Infortunio precedente alla sottoscrizione della Polizza.

Art. 18) Diaria da Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio

Se a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza l'Assicurato viene ricoverato per un periodo ininterrotto di oltre 7 giorni, la Società pagherà all'Assicurato una diaria di cinquanta euro (€50) per ogni giorno di Ricovero Ospedaliero, per un massimo di trecentosessantacinque giorni.

Sono escluse dalla presente copertura i seguenti ricoveri:

- Quelli subiti per ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici;
- Eventuali cure dimagranti, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti;
- I soggiorni in case di cura e convalescenziari;

- I soggiorni in strutture psichiatriche;
- Il Ricovero Ospedaliero derivante da un Infortunio occorso prima della sottoscrizione della Polizza.

Il coniuge/convivente e i figli che accompagnano l'Assicurato in Trasferta Professionale non hanno titolo a godere di tale copertura.

Art. 19) Spese per ricerca e soccorso

Se in seguito a Infortunio o Malattia Improvvisa l'Assicurato abbia necessità per se stesso di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio, la Società pagherà **fino a € 5.000 (cinquemila euro) per Assicurato e € 50.000 (cinquantamila euro) per Evento Assicurato** come spese di Ricerca e Soccorso anticipate dalle autorità locali, **le quali dovranno essere rimborsate dall'Assicurato una volta terminato lo stato di emergenza.**

La presente prestazione assicurata non si applica alle spese di Ricerca e Soccorso derivante dalla mancata osservanza delle misure di sicurezza stabilite dalle normative che regolamentano l'attività svolta dall'Assicurato.

SEZIONE CRISIS MANAGEMENT

Art. 20) Permanenza forzata a causa di un disastro naturale o di un'epidemia

Se un Assicurato non è in grado di lasciare il Paese sede della Trasferta Professionale a causa di un ordine emanato dalle autorità competenti a seguito di un'epidemia o di un disastro naturale, la Società pagherà all'Assicurato un rimborso a fronte della presentazione delle spese sostenute fino a € 150 (centocinquanta euro) per giorno di permanenza forzata, **fino a un massimo di € 1.500 (millecinquecento euro).**

Se diversi Assicurati sono coinvolti dal medesimo evento nel corso della stessa Trasferta Professionale, l'importo totale della diaria pagata non può superare la somma di € 4.500 (quattromilacinquecento) per evento, a prescindere dalla durata della permanenza forzata.

Art. 21) Evacuazione politica e disastro naturale

Se l'Assicurato, nel corso di una Trasferta Professionale, a causa di eventi al di fuori del controllo della Contraente o della persona assicurata, è costretto a evacuare dal luogo della sua Trasferta Professionale, la Società rimborserà i costi ragionevolmente necessari.

Per tali spese il limite di copertura è di € 10.000 (diecimila euro) per Assicurato e con il massimo di € 50.000 (cinquantamila) per Evento Assicurato.

Se l'Assicurato viene trasportato nella sua Residenza, la Centrale Operativa si riserva il diritto di usare i biglietti di viaggio già a disposizione dell'Assicurato per il suo viaggio di ritorno.

La presente prestazione assicurata non può essere concessa nei seguenti casi:

- **in caso di violazione da parte della Contraente o dell'Assicurato di leggi o regolamenti del paese in cui si verifica l'Evento Assicurato;**

- l'Assicurato non è in grado di fornire il permesso di soggiorno o altri documenti simili necessari per la Trasferta Professionale nel Paese in cui si sta viaggiando;
- il Sinistro è connesso alla situazione finanziaria dell'Assicurato;
- riluttanza dell'Assicurato a continuare la Trasferta Professionale;
- in caso di licenziamento/dimissioni dell'Assicurato;
- evacuazione dei residenti nel paese nel quale l'Assicurato è in Trasferta Professionale;
- evacuazione effettuata senza previo consenso e accordo della Società per il tramite della Centrale Operativa;
- qualsiasi Sinistro gestito dalla Società successivamente al quale emerga che la persona per la quale sono stati sostenuti i costi durante la Trasferta Professionale non è un Assicurato. In questo caso i costi sostenuti dalla Società saranno a carico dell'Assicurato.

Art. 21.1) Ulteriori condizioni applicabili a questa copertura

La Società per il tramite della Centrale Operativa deve essere informata al più presto di qualsiasi situazione o Evento Assicurato che possa dare origine a un Sinistro.

Art. 22) Rimborso dello stipendio dell'Assicurato in caso di Rapimento

Qualora l'Assicurato rimanesse vittima, nel corso di una Trasferta Professionale all'Estero, di Rapimento, la Società rimborserà alla Contraente lo stipendio corrisposto all'Assicurato fino a un massimo di sei mensilità, comprensive dei contributi previdenziali, in ogni caso **fino alla somma massima di 250.000 (duecentocinquanta) euro**. **L'importo erogato verrà calcolato in pro-rata per il solo periodo di detenzione illegale dell'Assicurato in conseguenza di Rapimento, ed il rimborso riguarderà gli stipendi erogati a partire dal 91° (novantunesimo) giorno successivo alla data di detta detenzione illegale, fino ad un massimo indennizzabile di 6 (sei) mesi consecutivi.**

La Contraente si impegna a:

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

Art. 23) Indebito arricchimento

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

Gli Indennizzi erogati dalla Società potranno compensare esclusivamente l'importo delle perdite effettivamente subite, in tutto o in parte.

SEZIONE TUTELA BENI PERSONALI ED AZIENDALI

Art. 24) Smarrimento, furto e danneggiamento

Durante il periodo di Trasferta Professionale la Società indennizza l'Assicurato in caso di:

- Smarrimento e danneggiamento dei beni dell'Assicurato;
- Furto subito tramite effrazione, rapina o estorsione;
- Danneggiamento totale o parziale;
- Furto e Danneggiamento di effetti personali o proprietà lasciate nel bagagliaio dell'autoveicolo utilizzato dall'Assicurato e parcheggiato tra le 07.00 e le 22.00, come conseguenza di un'effrazione.

La Società sarà tenuta a indennizzare l'Assicurato solo se:

- **lo smarrimento o il danneggiamento avviene mentre gli effetti personali sono sotto la responsabilità di un Vettore Comune precedentemente prenotato; l'Assicurato deve porgere reclamo al Vettore Comune, nel periodo e secondo le modalità previste dalle norme, e deve produrre prove di ciò alla Società;**
- **lo smarrimento o il danneggiamento sia la conseguenza di un evento catastrofico come un incendio, un'inondazione, un collasso o un Atto di Terrorismo;**
- **il Furto è oggetto di denuncia alle autorità locali e l'Assicurato trasmette l'originale della ricevuta alla Società;**
- **il Furto di oggetti personali o di proprietà lasciati nel bagagliaio di un veicolo non erano visibili e, in ogni caso, su presentazione all'Assicuratore della relativa denuncia presentata alle autorità competenti.**

Tali coperture saranno concesse per tutto il periodo della Trasferta Professionale.

Art. 25) Limite di Indennizzo

Gli effetti personali dell'Assicurato, i suoi oggetti personali e le sue proprietà, con un valore inferiore a €500 (cinquecento euro) saranno indennizzabili fino a un massimo di € 5.000 (cinquemila euro).

Il limite di Indennizzo degli oggetti di valore (con un valore uguale o superiore a € 500 (cinquecento euro), gioielleria e pellicce, sarà pari al massimo al trenta per cento del massimale previsto per la copertura "effetti personali".

Le attrezzature IT di proprietà dell'Assicurato o della Contraente saranno indennizzabili fino a un massimo di € 3.000 (tremila euro).

Art. 26) Costi non Rimborsabili

A) Effetti personali – non saranno oggetto di rimborso, come:

- **Dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;**
- **contanti, documenti personali, documenti commerciali, documenti amministrativi, travellers 'cheque, carte di credito, biglietti aerei, biglietti di viaggio e voucher;**
- **perdite o danni causati dalla normale usura, ammortamenti e difetti intrinseci degli effetti personali. Danni causati da tarme, parassiti o metodi di pulizia, riparazione o ripristino, nonché manipolazione incauta degli oggetti da parte dell'Assicurato;**

- danni derivanti dalla confisca, sequestro o distruzione per ordine di un'autorità amministrativa;
- effetti personali e beni immobili lasciati in un veicolo parcheggiato tra le 22:00 e le 07:00;
- oggetti di valore, gioielli e pellicce lasciate in un veicolo parcheggiato, a prescindere dall'ora;
- oggetti di valore, gioielli e pellicce affidati a vettori;
- chiavi e altri oggetti simili (ad esempio, carte magnetiche o badge);
- attrezzature professionali o effetti personali lasciati incustoditi dall'Assicurato;
- telefoni cellulari; audiovisivi, telecamere, video o hi-fi affidati ai vettori;
- smarrimento o danneggiamento causati da tarme, parassiti, usura, condizioni atmosferiche o climatiche o deterioramento graduale.

B) Attrezzature IT Professionali – non saranno oggetto di rimborso:

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

C) Cumulo di assicurazioni e/o altri Indennizzi

Sono esclusi i costi che possono essere indennizzati da un'altra polizza di assicurazione o quelli che sono soggetti a risarcimenti/Indennizzo concesso all'Assicurato o alla Contraente dal Vettore Comune o da Terzi responsabili per lo smarrimento, furto o danneggiamento, rispetto ai quali la Società opererà a secondo rischio.

Art. 27) Calcolo dell'Indennizzo

A) Per gli oggetti di valore, la gioielleria e le pellicce

Questo Indennizzo sarà calcolato sulla base del valore di sostituzione alla data del Sinistro, **ma con limite massimo pari al trenta per cento del massimale previsto per la copertura "effetti personali"**.

La valutazione del valore degli oggetti di cui al presente articolo dovrà essere effettuata da esperti preposti a tali valutazioni.

B) per le attrezzature IT

L'Indennizzo, sia nel caso delle attrezzature IT che nel caso degli articoli di valore, sarà calcolato:

- In caso di Perdita parziale: sulla base dei costi di riparazione necessari, senza superare il costo di sostituzione con uno nuovo alla data della perdita, **a cui vengono sottratti l'ammortamento, valutato secondo l'opinione di un esperto con un massimale di € 3.000 (tremila euro);**

- In caso di Perdita totale: sulla base dei costi di sostituzione con uno nuovo alla data della perdita, valutato secondo l'opinione di un esperto, **con un massimale di € 3.000 (tremila euro)**.

Ammortamento:

- dieci per cento per anno per i primi cinque anni;
- venti per cento per anno per gli anni successivi.

In tutti i casi, l'Assicurato è tenuto a fornire le fatture (iniziale o di sostituzione) per l'acquisto dell'attrezzatura.

Art. 28) Smarrimento, furto di carte bancarie e documenti di identità

A) Carte di credito

La Società sosterrà, nei limiti del saldo disponibile, il costo delle perdite finanziarie subite dall'Assicurato a causa dell'uso fraudolento da parte di Terzi della sua carta di credito, persa o rubata durante una Trasferta Professionale, per utilizzi effettuati tra il momento dello smarrimento o del furto della carta assicurata e il momento in cui viene bloccata dalla banca in questione. **Quest'Indennizzo sarà limitato a € 3.000 (tremila euro) per Assicurato e per anno.**

B) Chiavi o documenti di identità

La Società sosterrà i costi per la sostituzione delle chiavi e/o dei documenti di identità dell'Assicurato in caso di smarrimento o furto nel corso di una Trasferta Professionale. **Quest'Indennizzo sarà limitato a € 500 (cinquecento euro) per Assicurato e per anno.**

Art. 29) Effetti personali e furto di contante in seguito ad Aggressione

A) Rimborso di Contante

La Società rimborsa l'Assicurato **fino a € 500 (cinquecento euro)** per contanti che l'Assicurato preleva, usando la sua carta assicurata presso gli sportelli bancari e bancomat, quando è vittima, nello svolgimento di una Trasferta Professionale, di un'Aggressione, a causa della quale è costretto ad operare il prelievo.

B) Effetti personali

In caso di danni materiali che interessano i vestiti e gli accessori (orologi da polso, gioielli, pelletteria) indossati dall'Assicurato che è vittima di Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo o Sabotaggio o di un incidente stradale, l'Assicuratore indennizzerà l'Assicurato **fino a € 1.000 (mille euro)** affinché possa sostituire i suoi vestiti e / o accessori personali danneggiati, previa presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità.

Il Rimborso per i danni agli effetti personali non avrà luogo:

- per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Attacco, Atto di terrorismo o Sabotaggio, o incidente stradale;
- per documenti di identità e documenti ufficiali;
- per dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;
- per telefoni cellulari;

- per audiovisivi, telecamere, video o attrezzature hi-fi.

INCONVENIENTI DI VIAGGIO

Art. 30) Inconvenienti di Viaggio

La copertura "Inconvenienti di Viaggio" sarà operante se il viaggio è effettuato a bordo di un aeromobile in volo di linea operato da vettore aereo.

Il vettore aereo deve essere in possesso dei certificati, licenze o permessi necessari al trasporto aereo di linea, emessi dalle autorità competenti nel paese in cui l'aeromobile è registrato.

Nel rispetto di tali autorizzazioni, redigerà e renderà pubbliche rotte e tariffe per i passeggeri per il trasporto tra gli aeroporti indicati secondo gli orari regolari.

Gli orari di partenza, i trasferimenti e le destinazioni saranno indicati sul biglietto.

Art. 31) Limite di Indennizzo

Il Limite di Indennizzo specificato di seguito, in relazione alle prestazioni derivanti da Inconvenienti di Viaggio, costituirà il massimo rimborsabile nel caso di Evento Assicurato che coinvolga collettivamente l'Assicurato, il coniuge/convivente e i figli che li accompagnano.

La Società rimborserà le spese derivanti da Inconvenienti di Viaggio solo ed esclusivamente dietro presentazione di documenti giustificativi originali.

Art. 32) Ritardo o cancellazione del volo, mancata ammissione a bordo

Se in qualunque momento:

- il volo programmato confermato dell'Assicurato ha un ritardo di quattro ore o più rispetto all'orario inizialmente stabilito per la partenza;
- il volo programmato confermato dell'Assicurato viene cancellato; o
- l'Assicurato non è ammesso a bordo per carenza di posti e non è disponibile alcun mezzo di trasporto alternativo entro sei ore,

l'Assicurato riceverà un rimborso fino a un massimo di € 300 (trecento euro) per tutti i costi sostenuti per pasti, bevande e/o trasferimento dall'aeroporto/terminal.

Il rimborso qui previsto non avrà luogo in questi casi:

- **Se l'Assicurato non ha precedentemente confermato il volo, a meno che non sia stato impossibilitato a farlo a causa di uno sciopero o in caso di forza maggiore;**
- **se il ritardo è causato da uno sciopero o da un rischio di Guerra Civile o Guerra estera, di cui l'Assicurato era a conoscenza prima della partenza;**
- **in caso di ritiro temporaneo o definitivo di un aeromobile ordinato dalle autorità dell'aviazione civile, dalle autorità aeroportuali o da un'autorità simile di qualunque paese.**

Art. 33) Mancato trasferimento

Se l'Assicurato perde la partenza di un volo di collegamento di linea confermato, a seguito del ritardo del precedente volo di linea confermato su cui era in viaggio, e se non gli viene messo a disposizione alcun mezzo di trasporto in sostituzione entro un periodo di sei ore dopo l'arrivo effettivo sul luogo di trasferimento, i costi alberghieri o di ristorazione saranno rimborsati **fino a un massimo di € 300 (trecento euro)**.

Le prestazioni previste dagli artt. 32 e 33 sono cumulabili.

Art. 34) Ritardo di arrivo degli effetti personali

Se gli effetti personali dell'Assicurato, presi in custodia sotto la propria responsabilità dalla Società aerea, non gli vengono consegnati entro ventiquattro ore dall'arrivo a destinazione del suo volo di linea, la Società dovrà indennizzare l'Assicurato **fino a un massimo di seicento euro (€ 600)** per i costi sostenuti per gli acquisti di emergenza essenziali.

Questa prestazione non vale per l'Assicurato che atterra in un aeroporto del suo Paese di Residenza.

Art. 35) Dirottamento dei mezzi di trasporto

Se, durante il viaggio, i mezzi di trasporto con cui l'Assicurato è in viaggio vengono dirottati dalla destinazione inizialmente prevista a seguito di dirottamento o di terrorismo, e se, come conseguenza di questo evento, l'Assicurato deve aspettare che vengano messi a disposizione mezzi di trasporto alternativi, la Società rimborserà l'Assicurato, **fino a un massimale di € 3.000 (tremila euro)**, per qualsiasi albergo, ristorante o costo di trasporto sostenuto dall'Assicurato.

Art. 36) Anticipo di Denaro

In caso di smarrimento o furto di mezzi di pagamento (carte di credito, libretti di assegni, assegni di viaggio, ecc.) dell'Assicurato, mentre si trova in Trasferta Professionale al di fuori del suo Paese di Residenza, dei suoi documenti d'identità e / o biglietti di viaggio, la Centrale Operativa anticiperà in contanti una somma **fino ad un massimo di € 15.000 (quindicimila euro)**. **La somma anticipata dalla Centrale Operativa all'Assicurato resterà a carico della Contraente.**

Qualora la Contraente non intenda sostenere il rimborso, l'Assicurato è tenuto al rimborso della somma anticipata entro un periodo di dieci giorni dal rientro nel Paese di Residenza.

Art. 37) Assistenza legale

Qualora, durante una Trasferta Professionale all'Estero, l'Assicurato venga raggiunto da una misura di privazione della libertà personale (quale arresto in carcere o arresti domiciliari) per fatti colposi commessi durante la Trasferta Professionale, l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa per ricevere assistenza nella ricerca di un legale locale e per ottenere informazioni su come contattare l'ambasciata o il consolato di riferimento.

Qualora l'Assicurato decida di incaricare tale legale, la Società si impegna, su richiesta dell'Assicurato, ad anticiparne i relativi onorari per conto dell'Assicurato, **fino all'importo massimo di € 50.000 (cinquantamila euro)**. Per ottenere tale

anticipo, l'Assicurato dovrà prontamente trasmettere alla Società la parcella e tutte le informazioni che la stessa potrà richiedere. Nel caso in cui la parcella superi l'importo massimo sopra indicato, la Società anticiperà i costi solo dopo che l'Assicurato o la Contraente avranno fornito sufficienti garanzie bancarie (ad es. assegno bancario) a dimostrazione della capacità di rimborso della somma.

Ogni anticipo pagato dalla Società dovrà essere rimborsato alla stessa dall'Assicurato o dal Contraente entro 30 giorni dalla data del pagamento. In caso di ritardo, la Società si riserva il diritto di richiedere anche il pagamento degli interessi al tasso legale corrente, nonché di agire legalmente.

Si precisa che la presente garanzia esclude qualsiasi trasferimento di valuta all'estero che comporti la violazione di qualunque normativa vigente nel paese della Trasferta Professionale, o in Italia, UE o Stati Uniti d'America.

La presente prestazione è valida esclusivamente al di fuori del Paese di Residenza dell'Assicurato.

Art. 38) Anticipo cauzione

Se, in caso di violazione non dolosa da parte dell'Assicurato delle leggi del paese in cui si trova per la Trasferta Professionale all'Estero, l'Assicurato è costretto dalle Autorità locali a fornire una cauzione, la Società anticiperà il costo **fino a un importo massimo di € 60.000 (sessantamila euro) e previa presentazione e accettazione** di sufficienti garanzie bancarie da parte dell'Assicurato o del Contraente (ad es. assegno bancario) a dimostrazione della capacità di rimborso della somma.

Ogni anticipo pagato dalla Società per ottenere la cauzione dovrà essere rimborsato alla stessa dall'Assicurato o dal Contraente entro 90 giorni dal pagamento. Se la cauzione viene restituita all'Assicurato da parte delle Autorità prima dei 90 giorni di cui sopra, l'importo della cauzione dovrà essere immediatamente rimborsato alla Società. Inoltre, nel caso in cui l'Assicurato non si presenti di fronte al tribunale presso il quale è stato convocato o non rispetti le condizioni imposte dal giudice, e pertanto la cauzione diventi irrecuperabile, l'importo della cauzione dovrà essere immediatamente rimborsato alla Società.

In caso di ritardo nel rimborso, la Società si riserva il diritto di richiedere anche il pagamento degli interessi al tasso legale corrente, nonché di agire legalmente.

La presente prestazione è valida esclusivamente al di fuori dal Paese di Residenza dell'Assicurato.

Art. 39) Cancellazione o modifica di una Trasferta Professionale

Se la Contraente è obbligata a cancellare o a modificare la Trasferta Professionale di uno dei suoi dipendenti, entro trenta giorni antecedenti la data di partenza, a causa di:

- morte o il Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato, che gli impediscono di partire in Trasferta Professionale;
- morte o il Ricovero Ospedaliero di un collega di lavoro dello stesso reparto, che lo costringono a rimanere nelle sedi della Contraente al fine di ridurre l'impatto di tale assenza; morte o il Ricovero Ospedaliero di un parente stretto;
- mandato di comparizione in tribunale per l'Assicurato;
- in caso di furto di documenti di identità dell'Assicurato, indispensabili per la sua Trasferta Professionale, entro 48 ore precedenti la sua partenza;

- danni gravi che rendono la casa dell'Assicurato inagibile,

la Società rimborserà, **fino a un massimale di € 5.000 (cinquemila euro)**, i costi a carico della Contraente, a partire dalla data in cui si è verificato l'Evento Assicurato, e fatturati dall'agenzia di viaggio, secondo le condizioni di vendita particolari, meno le tasse aeree, i premi assicurativi e le spese richieste.

Il coniuge/convivente e i figli che accompagnano l'Assicurato in Trasferta Professionale non hanno titolo a godere di tale prestazione.

Esclusioni

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

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

Inoltre, saranno esclusi:

I costi che possono essere indennizzati da un'altra polizza di assicurazione o quelli che sono soggetti a Indennizzo concesso all'Assicurato o alla Contraente da qualunque altra entità per qualsiasi ragione.

RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

Art. 40) Responsabilità civile verso Terzi

Sono a carico della Società le somme (capitale, interessi e spese) che l'Assicurato sia legalmente tenuto a pagare a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a Terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose o animali, in conseguenza di un fatto accidentale commesso durante la Trasferta Professionale in occasione dello svolgimento della propria attività professionale.

Per tutto quanto previsto dalla presente Assicurazione, **la massima obbligazione della Società per ciascun Sinistro non sarà in nessun caso superiore a € 2.000.000,00 qualunque sia il numero delle persone decedute o ferite o che abbiano subito danni a cose.**

Art. 41) Gestione delle vertenze - Spese legali

La Società assume, a nome dell'Assicurato, la gestione delle vertenze contro di essa, designando legali o tecnici se necessario. Sono a carico della Società le spese sostenute, **previo il suo consenso scritto e purché in misura ragionevole**, per resistere alle Pretese e alle azioni promosse contro l'Assicurato. Tali esborsi sono in aggiunta al massimale assicurato nella misura e nei limiti del quarto della somma assicurata così come disposto dall'Art. 1917, terzo comma, del Codice Civile.

Il coniuge/convivente e i figli che accompagnano l'Assicurato nel viaggio di lavoro non hanno titolo a godere di tale Indennizzo. Resta inteso che le spese di cui

all'Articolo "Gestione delle vertenze - Spese legali" sono in aggiunta alla somma massima assicurata di cui all'Art. 36 – "Anticipo di Denaro".

4 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Le seguenti Prestazioni Aggiuntive si intendono sempre operanti se non espressamente derogate e se operanti le coperture della Sezione Infortuni

PA 1 - Clausola dirigenti

Malattie professionali

Limitatamente alle persone con la qualifica di Dirigente:

- a) la copertura si intende prestata anche per le malattie professionali riconosciute dalla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipulazione della presente Polizza, tenuto conto del settore e delle tipologie di attività esercitate dalla Contraente. A tale riguardo la Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento della presente Polizza i Dirigenti, da ritenersi assicurati, non presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie professionali;
- b) in caso di Invalidità Permanente causata da malattia professionale, la valutazione delle percentuali di Invalidità Permanente viene effettuata in base alla tabella annessa al D.P.R. del 30 giugno 1965 n.1124 (per l'industria), con intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengano in caso riferite ai capitali assicurati indicati in Polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la Liquidazione viene fatta dalla Società in contanti anziché sotto forma di rendita;
- c) qualora in conseguenza di una malattia professionale, l'attitudine al lavoro dell'Assicurato risulti permanentemente ridotta in misura superiore ai 2/3, la somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente viene liquidata al 100% (cento per cento). ***Resta confermata l'Esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.***

5 – DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 42) Esclusioni

Ferme restando le Esclusioni previste nelle singole sezioni delle presenti Condizioni di Polizza e fermo restando quanto previsto dalle Prestazioni Aggiuntive, sono esclusi dalla presente Assicurazione:

Infortuni e Malattie derivanti:

- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;

- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- da attività circensi, attività acrobatiche e di collaudo di mezzi a motore;
- dalla pratica di qualsiasi disciplina sportiva esercitata professionalmente;
- dalla guida di veicoli o di natanti a motore senza la prescritta abilitazione alla guida, salvo il caso di guida con patente scaduta qualora l'Assicurato sia in grado di dimostrare di essere stato, al momento dell'Infortunio, in possesso dei requisiti per il rinnovo;
- da eventi occorsi nei Territori Esclusi;
- da eventi occorsi durante soggiorni e viaggi verso Paesi o Regioni per i quali il Ministero degli Esteri, prima dell'inizio dell'inizio della trasferta, ha emesso un avviso di viaggio.

Danni da responsabilità civile verso terzi:

- cagionati da fatti attinenti all'esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale agricola, artigianale, industriale, o connessa con affari, locazioni, noleggi o prestazioni di servizi diversa dall'attività professionale esercitata dalla Contraente;
- alle cose o agli animali che la persona assicurata abbia in custodia o consegna o detengano a qualsiasi titolo o destinazione;
- derivanti da furto, comunque perpetrato, e quelli a cose altrui;
- derivanti da incendio di cose di proprietà della persona assicurata o da essa detenute;
- conseguenti ad inadempienze ad obblighi contrattuali;
- derivanti dalla partecipazione ad attività sportive con carattere professionale o semiprofessionale;
- derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, oppure che si verifichino in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- derivanti da ogni responsabilità civile professionale;
- derivanti dalla circolazione di qualsiasi veicolo a motore quando detti danni siano relativi alla Responsabilità Civile Auto;
- derivanti da eventi occorsi nei Territori Esclusi;
- derivanti da eventi occorsi durante soggiorni e viaggi verso Paesi o Regioni per i quali il Ministero degli Esteri, prima dell'inizio dell'inizio della trasferta, ha emesso un avviso di viaggio.

Le Parti riconoscono che l'Italia adotta o è parte di organizzazioni internazionali che adottano provvedimenti di embargo o sanzionatori a carico di stati esteri che possono imporre restrizioni alla libertà delle parti di assumere o dare esecuzione ad obbligazioni contrattuali.

La Società, in qualità di assicuratore e/o riassicuratore, non sarà pertanto tenuta a prestare copertura né sarà tenuta al pagamento di alcun Indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Indennizzo e/o risarcimento, o il riconoscimento di tale beneficio esponga la Società a sanzioni, divieti o restrizioni imposti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da provvedimenti della Repubblica italiana, dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 43) Persone non assicurabili - Limiti di età

La copertura assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che la Contraente è esonerata dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della Polizza o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di Infortunio l'Indennizzo per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Polizza. La Contraente pertanto è esonerata dall'obbligo della denuncia delle infermità, difetti fisici, o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

L'Assicurazione non opera per le persone di età superiore ai 85 anni. Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'Assicurazione cessa dalla prima scadenza successiva del periodo di Assicurazione annuale, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti successivamente, Premi che, in tal caso, verranno restituiti.

Relativamente alle sole coperture aventi ad oggetto il verificarsi di una Malattia, l'Assicurazione non vale:

- **per le persone di età superiore ai 65 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza del periodo di Assicurazione immediatamente successiva al compimento del 65 anno di età;**
- **per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni;**
- **durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;**
- **per patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristiche di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.**

Art. 44) Limiti territoriali

Nonostante qualsiasi disposizione contraria all'interno della presente Polizza (inclusa qualsiasi appendice alla stessa), la presente Polizza non fornisce copertura per eventuali

Infortuni, Malattie, responsabilità, danni, costi o spese e l'Assicuratore non avrà alcun obbligo di effettuare pagamenti a qualsiasi Contraente, Assicurato o terza parte nella misura in cui tale copertura o pagamento derivi da o si riferisca, direttamente o indirettamente, ad Attività nei Territori Esclusi.

Ai fini della presente clausola: Il termine "Attività nei Territori Esclusi" indica qualsiasi attività, transazione, operazione, sussidiaria, società collegata, filiale, prodotto, proprietà, bene, persona fisica o giuridica correlata, situata o che abbia origine dai Territori Esclusi, o in transizione da, verso o attraverso i Territori Esclusi, o qualsiasi cittadino o qualsiasi persona normalmente residente nei Territori Esclusi, qualsiasi entità stabilita secondo le leggi dei Territori Esclusi, o qualsiasi entità posseduta o controllata da uno qualsiasi dei suddetti.

Art. 45) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde un Indennizzo 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 Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 46) Cumulo di Indennizzi

L'indennità per Inabilità Temporanea da Infortunio è cumulabile con quella per morte da Infortunio o per Invalidità Permanente da Infortunio. Se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità Permanente da Infortunio, **ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio, ed in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponderà ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il Caso Morte, ove questo sia superiore.

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo non ancora liquidato od offerto.

Limite catastrofale

Fermi i limiti stabiliti per gli infortuni aeronautici, nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 15.000.000. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

6 – PREMIO DI ASSICURAZIONE

Art. 47) Pagamento del Premio - Decorrenza dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

La Contraente è tenuta a pagare, presso la Rappresentanza Generale per l'Italia della Società, ovvero presso l'Intermediario cui la Polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata della Polizza, il Premio indicato nella Scheda di Polizza. Il Premio verrà corrisposto dalla Contraente in un'unica soluzione in sede di stipulazione dell'Assicurazione o verrà suddiviso in rate mensili in base a quanto meglio specificato nella Scheda di Polizza. In caso di suddivisione del Premio in rate mensili, la prima rata dovrà essere pagata alla consegna della Polizza, mentre le rate successive dovranno essere pagate nel rispetto delle scadenze indicate nella Scheda Polizza. A fronte di ogni pagamento effettuato dalla Contraente verrà rilasciata una quietanza emessa dalla Direzione Generale per l'Italia, ovvero alla Rappresentanza Generale, Agente o Broker cui la Polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo (fermo restando, in ogni caso, quanto previsto dall'articolo 118 del Codice delle Assicurazioni per le somme rispettivamente incassate dall'Agente o dal Broker). L'Assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se in quel momento il Premio è stato pagato; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze della Polizza. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di tolleranza di trenta giorni, trascorso il quale l'Assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del Premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di tolleranza di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione della Polizza, fermo il diritto ai Premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il Premio è sempre determinato per un periodo di Assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di Polizza di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 48) Regolazione del Premio

(valido solo se espressamente richiamato in Polizza)

Se il Premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in Polizza ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio, fermo il Premio minimo stabilito. **A tale scopo entro sessanta giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo, devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari. Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione. Le obbligazioni relative alla regolazione del Premio sono essenziali per l'Assicuratore, sicché la mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce grave inadempimento e determina la presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se la Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a copertura di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della Polizza. Per Le Polizze scadute, se la Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione. La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali la Contraente è tenuta a fornire**

i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta per cento) rispetto a quello anticipato, la Società avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta per cento) dell'ultimo Premio consuntivo.

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

La copertura assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle categorie indicate nello stato di rischio.

Le variazioni di rischio dei soggetti Assicurati (in aumento o diminuzione) dovranno essere immediatamente comunicate alla Società e/o al Broker a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'Assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che la Contraente farà pervenire al Broker. Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per capitali superiori a quelli indicati nello stato di rischio. Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da assicurare per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, mutilazioni ecc. od esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'Assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo specifica accettazione scritta da parte della Società. Al termine di ogni annualità assicurativa, o del minor periodo pattuito, si procederà alla regolazione del Premio definitivo in base ai tassi di Premio convenuti e/o al Premio indicato per persona e giornata presenza ed ai capitali assicurati. Le differenze attive risultanti devono essere pagate nei 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione. Il mancato pagamento, da parte della Contraente, della differenza attiva dovuta nel predetto termine costituirà grave inadempimento e l'Assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui la Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione della Polizza.

A giornate presenza:

La Contraente è esonerata dalla preventiva comunicazione delle generalità delle persone da ritenersi assicurate; per la loro identificazione si farà riferimento ai registri amministrativi che attestino l'effettiva assegnazione della trasferta. Detti registri dovranno essere esibiti, in qualsiasi momento, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e/o controlli. Alla scadenza dell'annualità assicurativa la Contraente invierà alla Società il numero complessivo delle giornate presenza del personale in Missione; in base ai dati forniti la Società procederà alla regolazione del Premio per persona e per giornate presenza il cui importo è indicato nell'Allegato "Stato di rischio".

7 – SINISTRI

Art. 49) Denuncia del Sinistro e obblighi relativi

La denuncia di ogni Sinistro deve essere fatta alla Rappresentanza Generale per l'Italia della Società, **restando inteso che la Denuncia del Sinistro notificata al Broker non produce alcun effetto nei confronti della Società.**

Ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile, l'Assicurato che non adempie l'obbligo di Denuncia del Sinistro può vedersi ridotta l'indennità spettante in base alla presente Polizza o, in caso di omissione dolosa, perdere il diritto all'Indennizzo.

Tranne nel caso di un Sinistro di Assistenza, la Denuncia di Sinistro deve essere effettuata mediante comunicazione email al seguente indirizzo: sinistri.it@sompo-intl.com, oppure mediante lettera raccomandata all'indirizzo: **SI Insurance (Europe), SA - Rappresentanza Generale per l'Italia: Piazza Gae Aulenti, 6 – Piano 2, Palazzo E1 - 20124 Milano, Italia.**

Art. 50) Attivazione prestazioni in materia di assistenza, servizi e sicurezza

A - Servizi in materia di assistenza

Affinché possano essere applicati i servizi di assistenza personale, l'Assicurato deve, prima di qualunque intervento che coinvolga le prestazioni offerte, prendere contatto con la Centrale Operativa:

numero di telefono: 0039.045.4158330

indicando:

- Nome e Cognome
- Contraente
- Numero di Polizza
- Indirizzo e recapito telefonico del luogo di soggiorno

B - Servizi in materia di Crisis Management

Affinché possano essere applicati i servizi di Crisis Management, l'Assicurato deve, prima di qualunque intervento che coinvolga le prestazioni offerte, prendere contatto con la Centrale Operativa:

numero di telefono: 0039.045.4158330

indicando:

- Nome e Cognome Contraente
- Numero di Polizza
- Luogo esatto da dove si chiama
- Cosa è accaduto
- Se si è in pericolo immediato
- Se si è feriti oppure se si ha una necessità medica
- Quale tipo di assistenza è richiesta
- Indirizzo e recapito telefonico del luogo di soggiorno

Art. 51) Dichiarazioni della Contraente - Decadenza

Non sarà riconosciuto alcun Indennizzo nei seguenti casi:

- **per Sinistri denunciati alla Società dopo cinque giorni dal loro accadimento, laddove tale ritardo comporti il peggioramento dell'Evento Assicurato conseguente al Sinistro stesso, e fatto salvo in ogni caso quanto previsto al successivo art. 52, lett. B);**
- **se vengono forniti intenzionalmente informazioni false o vengono alterati documenti probatori con l'intenzione di frodare la Società, decadrà qualunque diritto alla copertura per Sinistri pur indennizzabili ai sensi di Polizza;**

Il medico della Società dovrà avere libero accesso all'Assicurato per valutarne la condizione. Qualunque rifiuto ingiustificato di sottoporsi a tale esame, in seguito a notifica formale tramite posta raccomandata, farà decadere il diritto all'Indennizzo per l'Assicurato. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblío Oncologico.

Art. 52) Documenti da fornire in caso di Sinistro

A) Per tutte le sezioni di Polizza:

- Il numero di Polizza;
- una copia dell'autorizzazione alla Trasferta Professionale;
- una dichiarazione emessa dalla Contraente che certifichi di essere stato informato che l'Assicurato sarà accompagnato dal coniuge/convivente e/o dai figli.

B) Casi Morte e Invalidità Permanente da Infortunio

L'Assicurato e/o la Contraente devono denunciare il Sinistro alla Società entro quindici giorni dall'Infortunio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico comprovante tale Infortunio. Nel caso di Inabilità Temporanea da Infortunio, i certificati dovranno essere rinnovati e spediti alla Società alle rispettive scadenze e, qualora le stesse non vengano rispettate, la Liquidazione dell'Indennizzo verrà fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le 72 ore successive mediante telegramma o PEC. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare la propria attività professionale.

C) Caso di coma derivante da Infortunio

La notifica dovrà comprendere:

- Una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- a richiesta della Società, il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- un certificato medico che dimostri che l'Assicurato si trova in uno stato di coma ininterrotto;
- I documenti che stabiliscono il ruolo di Beneficiario in caso di morte.

D) Copertura spese mediche fuori dal Paese di Residenza

In caso di Infortunio o Malattia Improvvisa che richiede Ricovero Ospedaliero nella zona in cui è stata effettuata la Trasferta Professionale, l'Assicurato dovrà prendere preventivamente contatto con la Centrale Operativa.

In caso di Ricovero Ospedaliero, il reparto di accettazione dell'Istituto Ospedaliero avrà conferma (per telefono o via fax) dell'operatività della copertura da parte della Centrale Operativa.

Le spese di Ricovero Ospedaliero verranno pagate direttamente all'Istituto Ospedaliero dalla Centrale Operativa, purché preventivamente contattata.

La Contraente, l'Assicurato o il suo / i suoi Beneficiario/i si impegnano ad adottare tutte le misure necessarie per ottenere il rimborso di tali costi (del tutto o in parte) dagli enti di previdenza sociale e / o altre forme di assicurazione complementari alle quali l'Assicurato è affiliato e a restituire immediatamente alla Centrale Operativa qualsiasi somma ricevuta in proposito.

Importante: la copertura sarà operativa in seguito ad accettazione da parte della Centrale Operativa, con un limite di 500 giorni consecutivi per ciascun trattamento.

Eventuali spese mediche sostenute direttamente dall'Assicurato, entro 365 giorni dalla data dell'Infortunio o Malattia Improvvisa, saranno rimborsate al ricevimento, da parte della Società, di tutta la documentazione giustificativa.

E) Copertura spese mediche in Italia

Le spese mediche in Italia saranno rimborsate su presentazione, da parte dell'Assicurato del certificato medico, della fattura del medico e dell'Istituzione Ospedaliera, delle dichiarazioni da parte degli enti di previdenza sociale e altre organizzazioni integrative, nonché delle dichiarazioni di rimborso, nei casi in cui l'Assicurato era il Beneficiario.

F) Deturpazione o sfregio permanente al viso

La notifica dovrà comprendere:

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

G) Copertura Diaria in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio

La domanda di liquidazione deve essere presentata alla Società, a pena di Decadenza, *entro il trentesimo giorno* successivo a quello in cui è terminata la degenza.

La notifica dovrà comprendere:

- Una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- un certificato medico a dimostrazione del Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato.

H) Prolungamento forzato della Trasferta Professionale causato da disastro naturale o di un'epidemia

Affinché avvenga il rimborso, l'Assicurato dovrà fornire alla Società gli originali di tutti i documenti giustificativi dei costi derivanti dal prolungamento forzato della Trasferta Professionale.

I) Caso di Rapimento

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

L) Inconvenienti di viaggio

Affinché avvenga il rimborso, l'Assicurato dovrà fornire all'Assicuratore gli originali di tutti i documenti giustificativi dei costi sostenuti dall'Assicurato dopo il verificarsi dell'Evento Assicurato.

M) Smarrimento, danno, furto o distruzione di effetti personali e attrezzature IT professionali

Le prestazioni assicurate di cui alla presente sezione potranno essere erogate dalla Società solo alle seguenti condizioni:

- **L'Assicurato deve necessariamente presentare denuncia di smarrimento, danno, furto o distruzione dei suoi effetti personali alle autorità locali competenti entro un periodo di ventiquattr'ore dalla data in cui si è verificato l'Evento Assicurato.**
- **Alla Società dovranno essere trasmessi entro un massimo di dieci giorni l'originale della ricevuta della denuncia, insieme a una dichiarazione dettagliata.**
- **In caso di furto degli effetti personali dal bagagliaio dell'autovettura utilizzata dall'Assicurato durante la Trasferta Professionale, l'Assicurato sarà obbligato a produrre foto dell'effrazione (delle foto rappresentative del danno e la fattura per la riparazione della serratura).**
- **L'Assicurato sarà tenuto a presentare alla Società tutte le prove giustificative che gli permettano di verificare o valutare il danno (fotografia degli effetti personali danneggiati e fattura), nonché qualunque documento che la Società si riserva il diritto di richiedere.**
- **In tutti i casi, una lettera che dimostri data e luogo dell'acquisto, insieme alla fattura in originale.**
- **Per quanto riguarda oggetti di valore e gioielli, è imperativo che l'Assicurato fornisca alla Società le fatture originali, l'originale del certificato di copertura, l'atto notarile, se il possesso di questi articoli deriva da un'eredità, nonché la perizia di un esperto, se questi elementi sono stati valutati in assenza di una fattura.**

N) Cancellazione o modifica di una Missione

La Contraente deve informare l'agente di viaggio della cancellazione della Trasferta Professionale, non appena si verifica l'Evento Assicurato.

La cancellazione deve essere comunicata alla Società entro settantadue ore dalla richiesta di disdetta fatta all'agente di viaggio. Il rimborso della Società sarà calcolato in relazione alla scala delle spese di annullamento in vigore alla data in cui viene scoperto l'Evento Assicurato che coinvolge la copertura anzidetta.

La Contraente deve trasmettere alla Società:

- **I dati di contatto dell'agente di viaggio.**
- **Una copia del contratto firmato con l'agenzia di viaggi, nonché tutti i documenti necessari per la valutazione del danno.**

- La ragione precisa dell'annullamento, nonché tutti i documenti giustificativi necessari, quali, a seconda della natura dell'Evento Assicurato: il certificato di morte, la prova del legame di parentela che collega l'Assicurato alla vittima, la cartella clinica del suo Ricovero Ospedaliero, una copia della citazione in giudizio, l'originale della ricevuta di denuncia in caso di furto di documenti o copia della notifica di danno in caso di danno materiale grave alla sua casa.

Dopo la scadenza di questo periodo di settantadue ore, se la Società sostiene qualsiasi tipo di pregiudizio per notifica tardiva, la Società potrà ridurre l'Indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto o, in caso di dolo del Contraente o dell'Assicurato, non erogare alcun Indennizzo.

O) Spese per ricerca e soccorso

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

P) Responsabilità civile verso Terzi

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

Q) Assistenza psicologica

Il beneficiario del suddetto servizio deve fornire:

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

R) Servizi e assistenza

Al fine di avvalersi dei servizi di assistenza l'Assicurato deve preliminarmente mettersi in contatto con la Centrale Operativa, il cui numero di telefono è indicato sulla presente Polizza.

S) Crisis Management

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

- informare la Società e fornirgli tutte le informazioni necessarie quanto prima possibile;
- informare, o permettere alla Società di informare appena possibile della richiesta di riscatto le autorità giudiziarie competenti del Paese in cui ha avuto luogo l'Evento Assicurato, tenendo presente la sicurezza personale dell'Assicurato;
- la Contraente deve agire con prudenza in ogni momento e fare tutto quanto ragionevolmente possibile per evitare o ridurre l'ammontare del danno;
- la Contraente e l'Assicurato devono, in qualunque momento, limitare la divulgazione dell'esistenza della suddetta Assicurazione

- **la responsabilità della Società sarà in ogni caso limitata alle somme massime assicurate riportate nella Scheda di Polizza; in nessun caso i limiti massimi delle coperture riportate e le responsabilità della Società potranno eccedere quanto stabilito, come ad esempio:**
 - **laddove le coperture di Polizza siano operanti anche rispetto a enti terzi diversi dalla Contraente, sarà coperto, gestito e liquidato unicamente il Sinistro denunciato per primo, e solo se proveniente da chi sia legittimato a farlo.**
 - **Ciascun massimale si intende “per Sinistro e per anno”: non saranno pertanto possibili cumuli fra anni assicurativi diversi.**
- **Nessuna cessione dell'interesse della Contraente sarà vincolante per la Società a meno che questi non abbia dato preventivo consenso.**

La rinuncia o la modifica alle Condizioni di Polizza potrà essere effettuata esclusivamente tramite specifico accordo scritto, che costituirà parte integrante di tale Assicurazione.

Il mancato esercizio da parte della Società di qualunque diritto stabilito nella presente Assicurazione non costituisce rinuncia a tali diritti. La Società avrà facoltà di esercitare o far rispettare i propri diritti in qualunque momento.

Art. 53) Prova

Colui che richiede l'Indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi fondanti il proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 54) Liquidazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulti dovuto secondo le tempistiche indicate nelle singole coperture, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. L'Indennizzo verrà corrisposta in Italia ed in Euro.

8 – DISPOSIZIONI COMUNI

Art. 55) Recesso dalla Polizza dopo ogni Denuncia di Sinistro

Dopo ogni Denuncia di Sinistro e sino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società e la Contraente possono recedere dalla Polizza dando un preavviso di 30 giorni all'altra parte. In caso di recesso della Società, salvo che il Premio sia convenuto in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, la Società mette a disposizione della Contraente la quota di Premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso, escluse soltanto le imposte; mentre, in caso di recesso della Contraente, saranno comunque dovute alla Società le restanti rate di Premio relative all'annualità in corso al momento del recesso.

La riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 56) Variazione di rischio

La Contraente e/o l'Assicurato hanno l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni circostanza che intervenga a modificare ogni elemento del rischio assicurato dalla presente Polizza. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dalla Contraente. **Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dalla Polizza con preavviso di trenta giorni decorrenti dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso della Società ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che la Società non avrebbe consentito l'Assicurazione, mentre ha effetto dopo quindici giorni se l'aggravamento del rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.** Qualora si verificasse un aggravamento del rischio, le Parti restano comunque libere di negoziare un accordo per la prosecuzione dell'Assicurazione stesso mediante la redazione di un apposito atto di variazione, con l'obbligo per la Contraente di procedere al pagamento dell'integrazione di Premio pattuita. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società, nonché la mancata comunicazione alla Società di qualsivoglia circostanza che intervenga a modificare ogni elemento del rischio assicurato dalla presente Polizza da parte della Contraente e/o dell'Assicurato, possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 57) Dichiarazioni inesatte o reticenti della Contraente e/o dell'Assicurato

La Società presta la copertura e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dalla Contraente e/o dall'Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato Indennizzo del danno o un Indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento della Polizza, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.

Art. 58) Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente è tenuta sono valide solo se fatte per iscritto alla Società all'indirizzo della propria Rappresentanza Generale per l'Italia, ovvero presso l'Agente o il Broker cui la Polizza è assegnata ai sensi dell'art. 33 che segue, oppure al mandatario scelto dalla Contraente e riconosciuto dalla Società. **Qualunque modificazione della Polizza non è valida se non risulta da specifico atto scritto di variazione sottoscritto dalle Parti.**

Art. 59) Clausola Agente/Broker

La Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, di aver affidato la gestione della presente Polizza allo Spett.le Agente/Broker il cui nominativo è indicato nella Scheda di Polizza; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Assicurazione, ad eccezione della denuncia di Sinistro che non potrà in alcun caso essere rivolta al Broker, saranno effettuati tempestivamente per conto della Contraente allo stesso che - in caso di coassicurazione - tratterà con la Società Delegataria

informandone le Società Coassicuratrici; parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società all'Agente/Broker si intenderà come fatta alla Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni alla Società fatte dall'Agente/Broker e quelle fatte dalla Contraente, prevarranno queste ultime.

Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale Disdetta, che ciascuna delle parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra parte nei termini e modalità previsti dalla presente Polizza.

Art. 60) Decorrenza della Polizza

La presente Polizza avrà efficacia dalla Data di Decorrenza indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 61) Recesso e Anticipata risoluzione della Polizza

Nei casi di recesso esercitato dalla Contraente nei casi previsti dalla Polizza o di anticipata risoluzione della Polizza richiesta dalla Contraente e concordata dalla Società, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di Premio scadute e rimaste insoddisfatte, l'intero ammontare del premio relativo al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui si è verificato l'evento che ha determinato l'esercizio del diritto di recesso o la risoluzione della Polizza.

Art. 62) Durata e proroga della Polizza

La presente Polizza ha durata annuale. In mancanza di Disdetta spedita da una delle parti con lettera raccomandata almeno un mese prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata tacitamente per un ulteriore anno, e così successivamente.

Art. 63) Reclami

Avvertenza: ogni comunicazione e/o richiesta relativa alla Liquidazione di Sinistri ed eventuali reclami riguardanti la Polizza e/o la gestione dei Sinistri dovranno essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

*Responsabile Compliance
SI Insurance (Europe), SA
40 avenue Monterey
L-2163 Lussemburgo
Granducato di Lussemburgo
Email: complaints@sompo-intl.com*

Indirizzi di posta elettronica: complaints@sompo-intl.com;

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo del soggetto che presenta il reclamo;
- numero di riferimento della Polizza o nominativo della Contraente;
- data ed elementi essenziali del Sinistro cui si fa riferimento, la relativa richiesta di Indennizzo, ove esistente, e di ogni informazione utile e/o opportuna ai fini della Liquidazione del Sinistro;
- recapiti, anche telefonici, nonché indirizzo di posta elettronica cui si desidera vengano effettuate le comunicazioni.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo medesimo, ovvero in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dalla data di presentazione, lo stesso potrà rivolgersi direttamente all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n° 21, 00187 Roma (Fax 06/42133206), presentando un nuovo reclamo contenente:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società, all'intermediario assicurativo o all'intermediario assicurativo iscritto nell'elenco annesso e dell'eventuale riscontro degli stessi;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Ai fini della presentazione del reclamo, il reclamante potrà altresì utilizzare il modello messo a disposizione da IVASS, disponibile al seguente indirizzo:

https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf

in mancanza di alcuna delle indicazioni previste ai punti a), b) e c), l'IVASS, ai fini dell'avvio dell'istruttoria, entro il termine di novanta giorni dalla ricezione del reclamo chiede al reclamante, ove individuabile in base agli elementi di cui alla lettera a), l'integrazione dello stesso con gli elementi mancanti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare direttamente il reclamo al sistema estero competente, ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato la Polizza (rintracciabile accendendo al sito <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>), chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

Per le controversie relative alla presente Polizza gli aventi diritto hanno in ogni caso la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Sono tuttavia disponibili sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie, tra i quali: il tentativo di mediazione a fini conciliativi di cui al D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Art. 64) Mediazione

Le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

Art. 65) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico della Contraente.

Art. 66) Assicurazione per conto altrui

La presente Assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 67) Rinvio alla legge

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato dalla presente Polizza, si applicano gli articoli dal 1882 al 1903 Codice Civile.

Art. 68) Altre assicurazioni

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del Codice Civile, la Contraente o l'Assicurato non sono tenuti a comunicare alla Società eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate. Permane tuttavia l'obbligo -della Contraente di comunicare eventuali altre assicurazioni infortuni stipulate per le stesse persone (Assicurati) con la Società stessa.

Art. 69) Cumulo di Indennizzi

Le coperture assicurate con la presente Polizza non sono cumulabili con quelle di eventuali altre polizze stipulate con la Società a favore degli stessi Assicurati per il tramite della Contraente. In quest'ultimo caso l'eventuale Sinistro sarà liquidato sulla polizza più favorevole all'Assicurato.

Art. 70) Arbitrato - Collegio Medico

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio [o della Malattia], le Parti potranno conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.

La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti all'interno di una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino alla Residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 71) Legge applicabile alla Polizza e Foro competente

La Polizza è regolata da legge italiana.

Per qualunque controversia, instaurata dalla Contraente e/o dall'Assicurato, derivante dall'applicazione od interpretazione della presente Polizza, il Foro competente sarà quello della sede legale della Contraente o della Residenza dell'Assicurato, a seconda della

parte coinvolta nella controversia. Nel caso in cui la controversia dovesse essere instaurata sia da/nei confronti della Contraente sia da/nei confronti dell'Assicurato, la Contraente accetta che, in quel caso, il foro competente sarà, quello della Residenza dell'Assicurato, accettando così di spostare la controversia eventualmente instaurata per prima avanti la medesima autorità giudiziaria applicabile all'Assicurato.

Art. 72) Buona fede

L'errore e/o l'omissione non intenzionale o involontario della Contraente, dell'Assicurato o delle persone di cui la Contraente deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicheranno questa Assicurazione.

Quanto sopra non è operante per le disposizioni di cui all'art. 30 delle presenti Condizioni di Polizza.

Resta inteso che la Contraente avrà l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 73) Obbligo di Salvataggio

Ai sensi dell'articolo 1914 del Codice Civile, l'Assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno. A tal fine l'Assicurato, qualora subisca un Infortunio o una Malattia, dovrà porre in essere le misure necessarie per ridurre le conseguenze negative derivanti dal Sinistro. Nel caso in cui con le sue azioni l'Assicurato contribuisca ad aggravare la sua condizione di salute, l'Assicurato può vedersi ridotto l'Indennizzo spettante in base alla presente Polizza o, in caso di omissione dolosa, perdere il diritto all'Indennizzo.

Allegato – Informativa Trattamento Dati Personali e Reclami

Informativa Trattamento Dati Personali

Sompo si impegna a rispettare tutte le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati e privacy, nonché a rispettare i diritti alla privacy e alla protezione dei dati di tutti coloro da cui raccoglie informazioni personali.

Per ulteriori informazioni si invita a consultare l'Informativa Privacy per Richiedenti e Titolari di Polizze Assicurative, disponibile online all'indirizzo <https://www.sompo-intl.com/wp-content/uploads/Privacy-Notice-for-Insurance-Applicants-and-Policyholders-Italian.pdf>.

Informativa Reclami

I reclami devono essere inviati all'Assicuratore per iscritto al seguente indirizzo:

SI Insurance (Europe) SA

Att.ne Ufficio Reclami - Responsabile Compliance

SI Insurance (Europe), SA

40 avenue Monterey, L-2163 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo

e-mail: complaints@sompo-intl.com (con in copia siie@legalmail.it)

Il reclamo deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, una breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

L'Assicuratore si impegna a rispondere a ogni reclamante senza ritardi ingiustificati, in ogni caso entro 45 giorni dalla data di ricezione del reclamo.

Qualora il reclamante non fosse soddisfatto della risposta fornita dall'Assicuratore o non ricevesse alcuna risposta entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) utilizzando i seguenti recapiti:

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS)

Via del Quirinale 21, 00187 Roma (Italia)

telefono: 800 486661 (dall'Italia) - +39 06 42021 095 (dall'estero)

fax: +39 06 42133 745 oppure +39 06 42133 353

e-mail PEC: ivass@pec.ivass.it

Il reclamo indirizzato ad IVASS deve contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'Assicuratore o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela; copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro fornito dallo stesso rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di legge e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente; ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito www.ivass.it nella sezione relativa ai reclami, scaricabile anche al seguente indirizzo https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.

Alternativamente, essendo l'Assicuratore una società avente sede legale in Lussemburgo, il reclamante potrà rivolgersi alla seguente Autorità lussemburghese competente:

Commissariat aux Assurances

7 boulevard Joseph II, L-1840 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo

fax: +352 22 69 10

e-mail: reclamation@caa.lu

sito web: www.caa.lu

All'indirizzo www.caa.lu/uploads/documents/files/DRER_EN.pdf è disponibile il modulo da compilare per la presentazione del reclamo.

Inoltre, se il reclamante è un Consumatore (cioè una persona fisica che agisce per scopi diversi da quelli professionali), è possibile rivolgersi al seguente Ombudsman assicurativo in Lussemburgo:

Association des Compagnies d'Assurances (ACA)

c/o Médiateur en Assurance

B.P. 448, L-2014 Lussemburgo, Granducato di Lussemburgo

fax: +352 44 02 89

e-mail: mediateur@aca.lu

sito web: <https://www.aca.lu/>

Si ricorda che prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet all'indirizzo <http://www.arbitroassicurativo.org>. Consultare il sito per maggiori dettagli sui requisiti di ammissibilità dei ricorsi e sulle modalità di presentazione.
- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET presentando reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile consultando il sito https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it).
- Attivare la procedura di Arbitrato, qualora previsto dalle condizioni di assicurazione.
- Ricorrere alla Negoziazione Assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'avvocato dell'Assicuratore.
- Ricorrere alla Mediazione interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile al sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). In materia di contratti assicurativi, la mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale nei confronti dell'assicuratore.