

A. PACCHETTO NEVE

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

Attrezzatura sportiva: tutto quanto necessario alla pratica dello sport dello sci.

Compagno di viaggio: la persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell'Assicurato stesso.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti 121, 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Domicilio: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Day hospital: la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

Familiare: il coniuge, figlio, figlia, padre, madre, fratello, sorella, suocero, suocera, dell'Assicurato, nonché quanti altri con lui conviventi, purché risultanti da regolare certificazione.

Franchigia: importo prestabilito in numero assoluto che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Furto: il reato previsto all'art. 624 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente o un'inabilità temporanea.

Ingessatura: il mezzo di contenzione confezionato con gesso da modellare o con altri tutori immobilizzanti equivalenti.

Istituto di cura: l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

Massimale: la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico; **Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

Premio: importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona.

Residenza: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero/degenza: la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

Terzi: qualunque persona non rientrante nella definizione di "familiare".

Viaggio: il viaggio, il soggiorno o la locazione, risultante dal relativo contratto o documento di viaggio.

ART. 1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, L'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti in **Italia, Austria, Francia, Svizzera e Slovenia**.

ART. 2 - OPERATIVITA' E DECORRENZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- in caso di sinistro occorso all'Assicurato durante lo svolgimento di attività sportive amatoriali sulla neve (sci alpino) praticate all'interno dell'area sciabile, sempreché gli impianti di risalita siano in funzione e le piste da sci siano aperte;
- durante 12 mesi a partire dal giorno 1 del primo mese successivo alla data di attivazione della garanzia e comunicata alla Società;
- con costi a carico della Società entro il limite di 1 sinistro per Assicurato durante il periodo di validità della copertura.

ART. 3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie specificate nelle seguenti sezioni:

- A. ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**
- B. INFORTUNI**
- C. RIMBORSO SOGGIORNO E ATTREZZATURA SPORTIVA**
- D. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI - RCT**

A. ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

A.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

ASSISTENZA IN VIAGGIO

I massimali indicati devono intendersi per assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti.

a) CONSULTO MEDICO TELEFONICO. La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza improvvisa durante il viaggio.

b) SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora, in seguito al Consulto Medico Telefonico, l'Assicurato dovesse sottoporsi ad una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà, compatibilmente con le disponibilità locali, il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

c) RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE AL PROPRIO DOMICILIO

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Società organizza e prende a proprio carico le spese di rientro.

d) VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'Assicurato, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 10 (*dieci*) giorni, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di andata e ritorno (*ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio*) per permettere ad un familiare, che si trovi in Italia, di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) del familiare fino alla concorrenza di € 260,00 con un massimo di € 52,00 al giorno.

SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti.

MASSIMALE PREVISTO: € 5.000,00

CON PAGAMENTO DIRETTO – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata.

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili che prevedano un ricovero, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto sul posto da parte della Centrale Operativa.

La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. La garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza.

Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero.

Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.

A RIMBORSO – Anche senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, entro i sottolimiti indicati.

a) Spese di soccorso in toboga

La Società provvede al rimborso delle spese di soccorso in toboga sulle piste da sci.

Massimale: € 600,00

a) Spese di soccorso in elicottero

La Società provvede al rimborso delle spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci, per tutte le spedizioni organizzate da organismi di salvataggio.

Massimale: € 1.500,00

c) Spese mediche per cure ambulatoriali o di primo soccorso

La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (*compreso il day hospital*), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio.

Massimale: € 750,00

d) Spese per cure riabilitative e apparecchi ortopedici

In caso di infortunio verificatosi in viaggio, la Società provvede al rimborso delle spese per cure riabilitative e apparecchi ortopedici, purché effettuate nei 5 giorni successivi al rientro dal viaggio.

Massimale: € 200,00

A.2 - Decorrenza e operatività della sezione Assistenza e Spese Mediche in Viaggio

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio e finisce al termine del viaggio stesso.

La garanzia è prestata nei limiti dei capitali e delle prestazioni del luogo ove si è verificato l'evento.

A.3- Franchigia Spese Mediche in Viaggio

L'indennizzo che, in caso di sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato, a termini di polizza, verrà liquidato previa detrazione di una franchigia fissa di € 50,00 per sinistro.

A.4 - Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi :

- a) se l'Assicurato (*o chi per esso*) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;
- b) pandemia (dichiarata dall'OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;

- c) viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (*anche temporanei*) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- d) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- e) se nel luogo di destinazione è in essere o viene dichiarata durante il viaggio una quarantena.

A.4.1 - Spese Mediche in Viaggio

La Società non prende in carico le spese conseguenti a:

- a) cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie (*fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio*);
- b) interruzione volontaria della gravidanza;
- c) pratica di sport praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;
- d) qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;
- e) acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto;

La garanzia non è altresì dovuta per i sinistri provocati o dipendenti da:

- parto naturale o con taglio cesareo;
- stati patologici dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tentato suicidio o suicidio.

A.5 - Disposizioni e limitazioni

L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza.

Inoltre:

A.5.1 - Assistenza in Viaggio

- a) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento, indipendentemente dal numero di assicurati coinvolti, nei limiti dei massimali indicati e di eventuali sottolimiti;
- b) le prestazioni di assistenza, nel rispetto delle specifiche condizioni di operatività, sono effettuate in considerazione dello stato di salute dell'Assicurato e dello stato di necessità, utilizzando i mezzi e le strutture che la Società ritiene, a suo insindacabile giudizio, più adeguati agli scopi;
- c) la Società non potrà essere ritenuta responsabile di:
 - ritardi od impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore, a disposizioni delle Autorità locali o contrarie a norme e regolamenti vigenti nel luogo di erogazione della prestazione;
 - errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato o da chi per esso;
- d) la Società non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute.

B. INFORTUNI

B.1. - Oggetto dell'assicurazione:

I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti

Caso di morte o invalidità permanente

La Società assicura gli infortuni (non aerei) subiti dall'Assicurato durante il periodo di viaggio, e comunicato alla Società, che, entro due anni dal giorno nel quale si sono verificati, abbiano come conseguenza diretta la morte o una invalidità permanente.

La Società considera infortuni anche:

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

Massimale € 50.000,00

B.2 Franchigie

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 5 punti percentuali della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 5 punti percentuali.

B.3 - Decorrenza ed operatività

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio ed è operativa fino al termine del viaggio stesso, ma non oltre la scadenza della polizza.

B.4 - Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

La Società non corrisponde l'indennizzo per gli infortuni direttamente od indirettamente conseguenti:

- a) allo svolgimento di ogni attività professionale o lavoro retribuito, comunque e dovunque esplicato;
- b) a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non conseguenti ad infortunio;
- c) a tentativo di suicidio o suicidio;
- d) pratica di sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- e) a ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) alla sindrome da immuno deficienza acquisita (AIDS);
- g) alle ernie, eccetto quelle addominali da sforzo;
- h) agli infarti da qualsiasi causa determinati.

B.5 - Criteri di liquidazione

La Società corrisponde:

- a) l'indennizzo per la morte o l'invalidità permanente anche se si verificano successivamente alla scadenza dell'assicurazione, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio. Resta inteso che l'infortunio deve essere denunciato alla Società al momento dell'accadimento;
- b) l'indennizzo per le sole conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute rispetto all'infortunio;
- c) l'ammontare del danno concordato direttamente con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri, da nominare con apposito atto;
- d) per il caso di morte, la somma assicurata agli eredi. L'indennizzo non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente;
- e) per il caso di invalidità permanente pari al 100%, il massimale previsto per tale garanzia;
- f) per il caso di invalidità permanente, l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato secondo i criteri e le percentuali previsti dalla Tabella INAIL, di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 nr. 1124 e successive modifiche.

B.6 - Persone per cui la garanzia Infortuni di Viaggio non è valida

La presente garanzia infortuni di viaggio non è operante per gli assicurati che hanno già compiuto i 75 anni di età.

C. RIMBORSO SKIPASS - LEZIONI SCI - ATTREZZATURA SPORTIVA

C.1 - Oggetto dell'assicurazione :

a) RIMBORSO SKIPASS - LEZIONI SCI

La Società rimborsa, nel limite del massimale , il pro-rata dei servizi non usufruiti relativi a:

- Skipass
- Lezioni di sci prenotate e

già pagate in seguito a:

- rientro sanitario dell'Assicurato, organizzato ed effettuato dalla Centrale Operativa;
- chiusura totale degli impianti di risalita del Comprensorio per almeno 3 giorni consecutivi, disposta dopo l'inizio del soggiorno, causa maltempo, mancato innevamento (escluso quello artificiale) e rottura dell'impianto principale di risalita;
- infortunio dell'Assicurato che comporti un ricovero ospedaliero superiore a due giorni o l'applicazione di un apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente, ed a seguito del quale l'Assicurato si trovi nella totale incapacità (accertata da certificazione medica) di svolgere l'attività sciistica.

Massimale Skipass: € 100 per assicurato e € 500 per nucleo familiare

Massimale Lezioni Sci: € 100 per assicurato e € 400 per nucleo familiare

b) RIMBORSO NOLEGGIO ATTREZZATURA SPORTIVA

L'attrezzatura noleggiata deve essere equivalente a quella di proprietà dell'Assicurato.

La Società rimborsa all'Assicurato le spese direttamente sostenute per il noleggio dell'attrezzatura sportiva in sostituzione di quella di proprietà sottratta durante il viaggio/soggiorno.

Massimale: € 100 per assicurato e € 400 per nucleo familiare

C.2 - Criteri di liquidazione

La Società rimborsa il pro-rata dei servizi non usufruiti dall'Assicurato nel limite del massimale, a decorrere dalla data di rientro al domicilio. Nel conteggio vengono considerati il costo dello ski-pass e quello delle lezioni di sci prenotate e già pagate.

Ai fini del calcolo del pro-rata si precisa che il giorno in cui viene effettuato il rientro e quello inizialmente previsto per il rientro vengono considerati come un unico giorno.

C.3 - Disposizioni e limitazioni

Le garanzie sono operanti per un'unica domanda di rimborso, indipendentemente dall'esito al verificarsi della quale cessa.

C.4 - Esclusioni relative al rimborso noleggio attrezzatura sportiva (ad integrazione delle esclusioni comuni)

La Società non rimborsa le spese sostenute in seguito a furti:

- a) agevolati con dolo e colpa grave dall'Assicurato o da persone delle quali deve rispondere;
- b) di cui non sia prodotta una copia autentica della denuncia vistata dalle Autorità del luogo ove si è verificato l'evento.

D. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI – RCT

D.1 - Oggetto dell'assicurazione :

I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, evento e periodo assicurativo

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI – RCT. La Società risponde delle somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitali, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi (morte, lesioni personali) e danneggiamenti a cose e animali in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nel periodo di validità della polizza relativamente alla pratica di sport, comprese le gare, purché non esercitate a livello professionistico, attività del tempo libero in genere con esclusione di ogni responsabilità inerente all'attività professionale.

Massimale per danni a persone, cose e animali: € 50.000,00

D.2 - Franchigia

Relativamente ai danni a cose ed animali l'assicurazione è prestata con l'applicazione di una franchigia di €150 per sinistro.

D.3 - In caso di sinistro

L'Assicurato o chi per esso deve:

a) darne avviso

- alla Società secondo quanto previsto in polizza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Cod.Civ.);
- a tutti gli assicuratori, in caso di stipulazione di più polizze sullo stesso rischio, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 Cod. Civ.);

b) mettere a disposizione della Società tutta la documentazione utile alle indagini ed alle verifiche del caso.

D.4 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

- a) derivanti da atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- b) derivanti da esercizio di attività professionali;
- c) derivanti da esercizio dell'attività venatoria;
- d) da furto;
- e) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché dalla navigazione di natanti a motore e impiego di aeromobili;
- f) da detenzione di armi e relative munizioni ed uso delle stesse;
- g) alle cose altrui che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o che detenga a qualsiasi titolo.

D.5 - Gestione del sinistro Responsabilità Civile verso Terzi

La Società assume la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha il diritto di rivalersi sull'Assicurato del pregiudizio derivato dall'inadempimento di tali obblighi. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico della Società nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra Società e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 3. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione tutte le prestazioni di Assistenza qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa.

Sono altresì esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da :

- a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;
- b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;
- c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;
- d) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura;
- e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
- f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;
- g) dolo o colpa dell'Assicurato.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 4. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 al numero telefonico:

Numero Verde 800 598858
Dall'estero +39 06 4211 5266

Inoltre, dovrà qualificarsi come **"ASSICURATO BASIC ITALIA SPA"** e comunicare:

- dati anagrafici dell'Assicurato;
- numero di polizza **171219**;
- tipo di intervento richiesto;
- recapito telefonico temporaneo;
- dati dell'Ospedale (*nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente*);
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

ART. 5. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, fatto salvo quanto previsto nell'art. 16, ed in particolare:

- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato.

Fornendo altresì :

■ **Rimborso Spese Mediche :**

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.

■ **Infortunio :**

- luogo, giorno ed ora dell'evento;
- certificati medici attestanti l'infortunio;
- successivamente e fino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni.

NB : Inoltre se l'infortunio ha cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopraggiunga durante il periodo di cura si deve darne immediato avviso alla Società inviando il relativo certificato di morte.

■ **Rimborso skipass - lezioni sci**

- in caso di malattia o infortunio, verbale di pronto soccorso e certificato medico attestante la data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia, la diagnosi specifica e i giorni di prognosi;
- in caso di chiusura degli impianti di risalita, attestato in originale rilasciato dal gestore dell'impianto indicando la causa e la durata della chiusura;
- originale dello skipass e relativa ricevuta di acquisto;
- ricevuta di pagamento delle lezioni di sci.

■ **Rimborso noleggio attrezzatura sportiva**

- denuncia, in originale, presentata alla competente autorità del luogo ove si è verificato l'evento, con l'elenco dettagliato di quanto sottratto e documentazione attestante il loro valore/prova di possesso al momento dell'evento, marca, modello, data approssimativa d'acquisto;
- ricevute in originale delle spese sostenute per il noleggio dell'attrezzatura.

■ **Responsabilità Civile Terzi - RCT**

- richiesta scritta della controparte con la quantificazione del danno.
- eventuali testimonianze.

RICHIESTE DI RIMBORSO

Inviare la denuncia del sinistro e i documenti giustificativi al seguente indirizzo:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Servizio Liquidazione Travel

Via B. Alimena, 111 – 00173 ROMA