



**Vivi
le tue
passioni**





CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SCI SICURO CLUB POLIZZA N. 220924

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO
DOCUMENTO REDATTO SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI”**

**condizioni di assicurazione
Sci Sicuro Club 2024 - 2025**

edizione 09/2024



Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni – Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma – Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles – 7, Boulevard du Régent – Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato – Gruppo AXA Partners
N. Iscrizione all’Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 – Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM – Numero REA 792129 – Part. I.V.A. 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151



GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto, indicato in polizza, 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 indiffricoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

Aderente: persona giuridica che aderisce al contratto collettivo.

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.

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.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione. Nel caso di persona fisica, il soggetto maggiorenne dotato di capacità di agire.

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

Europa: i paesi dell'Europa geografica (escluse l'Italia e la Federazione Russa).

Domicilio: il luogo in Italia 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.

Eestero: Tutti i paesi dell'Europa, esclusa l'Italia.

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

Famiglia: Una persona, il suo coniuge o persona convivente more uxorio da almeno 6 mesi e i figli a carico, fino ad un massimo di tre, che, alla data della stipula, non abbiano ancor compiuto 18 anni e frequentino ancora una scuola a tempo pieno o vivano con i genitori.

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

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

Furto: reato commesso da chi si impossessa della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri così come disciplinato dagli articoli 624 e 624 bis Codice Penale.

Incendio: Combustione con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare che può auto estendersi ed auto propagarsi.

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'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

Invalidità permanente: Perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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.

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

Malattia pre-esistente: la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o già esistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

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".

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO

ART. 1. Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori conformemente all'art. 1913 del codice civile, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

L'Assicurato deve inoltre mettere a disposizione della Società tutta la documentazione utile alle indagini e alle verifiche del caso.

ART. 2. Dichiarazioni relative alle circostanze che influiscono sul rischio

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

ART. 3. Valuta di pagamento

Gli indennizzi vengono corrisposti in Italia in euro. Nel caso di spese sostenute al di fuori dei paesi aderenti all'euro, il rimborso verrà calcolato al cambio ufficiale relativo del giorno in cui sono state sostenute.

ART. 4. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

ART. 5. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 6. Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

ART. 7. Termine di prescrizione

Il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni, a norma dell'Art. 2952 C.C.

ART. 8. Diritto di Rivalsa

La Società è surrogata, fino alla concorrenza della somma liquidata, in tutti i diritti ed azioni che l'Assicurato può avere nei confronti dei responsabili dei danni.

ART. 9. Richiesta documentazione

La Società ha facoltà di richiedere a fini liquidativi ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle garanzie.

La Società si riserva di verificare le informazioni fornite dagli assicurati, richiedendo agli interessati ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie propedeutiche all'identificazione degli stessi, anche attraverso il supporto di compagnie assicurative esterne, tour operator o vettori di viaggio. In caso di rifiuto da parte degli interessati a fornire quanto richiesto senza giustificato motivo, la Società si avvale della facoltà di assumere figure investigative private per accertare la fattispecie e/o di non procedere con il processo liquidativo.

ART. 10. Assicurati

L'adesione alla polizza viene sottoscritta dall'Aderente tramite apposita procedura di adesione on line, concordata con il Contraente.

ART. 11. Premio

Il premio per singolo Assicurato è stabilito in € 20,00 imposte incluse.

ART. 12. Diritto di ripensamento

Qualora l'adesione alla Polizza avvenga attraverso tecniche a distanza o fuori dai locali commerciali, in base alle vigenti disposizioni normative, l'Aderente potrà recedere dalla Polizza entro 14 giorni dalla data di stipula della stessa, rivolgendosi direttamente al Contraente.

Qualora l'Aderente eserciti il diritto di ripensamento e il Premio sia stato pagato, il Contraente provvederà a rimborsare l'Aderente l'importo di Premio già versato (al netto delle imposte di legge, non rimborsabili).

ART. 13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto a uno dei seguenti canali alternativi: posta, fax o e-mail

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Clienti - Casella Postale 20132
Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma)
numero fax 0039.06.48.15.811
e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La Società gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi al seguente Istituto: IVASS - Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Alternativamente a quanto sopra, il reclamante – prima di adire l'Autorità Giudiziaria - in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, potrà anche avvalersi dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale e, nello specifico,

- mediazione;
- negoziazione assistita.

Per le informazioni sulle modalità di attivazione delle singole procedure si rimanda a quanto presente nel sito: www.axapartners.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm

Resta comunque salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

COME OPERA LA POLIZZA

ART. 14. Operatività e decorrenza

L'assicurazione vale, in caso di infortunio, per l'attività sciistica ricreativa dilettantistica praticata sulla neve (SCI ALPINO, SCI da FONDO e SNOWBOARD ALPINO), praticata nelle località di montagna in Italia e tutti i paesi dell'Europa geografica.

Sono inoltre assicurate le attività ricreative organizzate dalla propria Associazione quali: gite, ginnastica presciistica ed ESCURSIONISMO (EEA = Escursionisti Esperti con Attrezzature – EAI = Escursionismo in Ambienti Innevati con massima pendenza 30° gradi- ciaspole). Sono inoltre inclusi, gli infortuni derivanti da assideramento o congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore e altre influenze termiche ed atmosferiche.

Le garanzie, espressamente sottoscritte, sono operanti:

- in caso di sinistro occorso all'Assicurato durante lo svolgimento di attività sportive amatoriali sulla neve (sci) praticate all'interno dell'area sciabile, sempreché gli impianti di risalita siano in funzione e le piste da sci siano aperte;
- per la durata scelta e riportata sulla tessera Sci Sicuro in possesso dell'Assicurato;
- per la validità territoriale e massimali identificati in polizza;
- se il premio è stato pagato.

La Società declina ogni responsabilità per ritardo impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni, se dovuti a causa di forza maggiore, dovute all'intervento delle autorità del paese in cui è prestata l'assistenza ovvero a fatti non imputabili alla Società.

ART. 15. Persone assicurabili

La Società assicura le persone dotate di capacità giuridica al momento della sottoscrizione della polizza e con un'età non superiore a 90 anni.

Si specifica che la garanzia Infortuni non è operante per gli assicurati che abbiano già compiuto i 75 anni di età.

ART. 16. Validità territoriale

L'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti in Italia e in Europa geografica.

ART. 17. Limiti di sottoscrizione

Non è consentita la stipula di più polizze della Società a garanzia del medesimo rischio, al fine di elevare i capitali assicurati e/o prolungare la durata delle coperture.

CHE COSA È ASSICURATO**GARANZIE PER PRODOTTO E MASSIMALI**

La Società, in caso di infortunio indennizza l'assicurato secondo i massimali e le condizioni di seguito indicati, fatte salve le esclusioni indicate nel presente contratto e al netto di eventuali scoperti o franchigie.

GARANZIE	SCI SICURO CLUB
ASSISTENZA IN SEGUITO A INFORTUNIO	
Consulto medico telefonico	SI
Segnalazione medico specialista	SI
Trasferimento / Rientro sanitario	SI
Rientro assicurato convalescente al domicilio	€ 1.500
Rientro altri assicurati insieme all'assicurato	€ 500
Rientro salma e spese funerarie	SI
Rientro dei minori	SI
Autista a disposizione	SI
SPESE MEDICHE	
Spese ospedaliere e chirurgiche in emergenza all'estero	€ 3.000
Rimborso spese di trasporto al centro medico di pronto soccorso	€ 250
Indennità Giornaliera per Ricovero Ospedaliero	€ 25 Massimo 15 giorni per sinistro
Spese mediche di I° soccorso sostenute sul luogo dell'infortunio	€ 500
Spese mediche per acquisto di apparecchi ortopedici ginocchiere - busti - collari	€ 400
Spese mediche per visite specialistiche	€ 400
Spese mediche ticket sanitari	€ 400
Spese mediche per trattamenti fisioterapici	€ 250
Accertamenti diagnostici	€ 250
RIMBORSO SKIPASS / LEZIONI DI SCI	
Rimborso del pro-rata dei servizi non usufruiti relativi a skipass	€ 200 Massimo € 50 al giorno
Rimborso del pro-rata dei servizi non usufruiti relativi a lezioni di sci	€ 200 Massimo € 50 al giorno
RESPONSABILITA' CIVILE TERZI	€ 2.000.000
INFORTUNI	
Caso di morte o invalidità permanente	€ 50.000
TUTELA LEGALE	€ 1.000
SPESE DI SOCCORSO SULLE PISTE DA SCI	
Spese di soccorso in toboga	€ 250
Spese di soccorso con l'elicottero	€ 3.000

ASSISTENZA IN SEGUITO A INFORTUNIO

Oggetto dell'assicurazione:

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

1. CONSULTO MEDICO TELEFONICO. La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza improvvisa a seguito di infortunio.

2. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA (garanzia valida all'estero). 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.

3. TRASFERIMENTO – RIENTRO SANITARIO. Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il trasferimento dalla struttura medica alla residenza dell'Assicurato;
- il rimpatrio sanitario in Italia se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;

con la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato, con tutte le spese a carico della Società, utilizzando i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa. Tali mezzi potranno essere:

- aereo sanitario, solo ed esclusivamente per il rientro in Italia e purché il sinistro avvenga in Europa;
- aereo di linea, necessità medica eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto o comunque non impediscano la continuazione dell'attività sciistica;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato.

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

4. 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.

5. RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI. Qualora successivamente alle prestazioni "Trasferimento – Rientro Sanitario" o "Rientro dell'Assicurato Convalescente al Proprio Domicilio", o in caso di decesso dell'Assicurato, i familiari e i compagni di viaggio non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza in Italia con il mezzo inizialmente previsto, la Centrale Operativa provvederà a fornire loro un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica. La prestazione è effettuata a condizione che i familiari e compagni di viaggio siano assicurati. La Società avrà la facoltà di richiedere loro gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

6. RIENTRO DELLA SALMA. In caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso. La Società tiene a proprio carico le spese di trasporto incluse le spese relative alla cerimonia funebre, all'inumazione o alla cremazione. La Società tiene a carico anche il costo del biglietto di viaggio, andata e ritorno, di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento e le spese di pernottamento della prima notte presso la struttura alberghiera più vicina nel caso l'assicurato viaggiava solo.

7. RIENTRO DEI MINORI. Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a prendersi cura dei minori assicurati con lui in viaggio a seguito di ricovero, oppure di decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al domicilio in Italia. La Società rimborsa anche:

- l'eventuale nuovo biglietto di rientro dei minori;
- le spese per un pernottamento del familiare.

8. AUTISTA A DISPOSIZIONE. Qualora l'Assicurato non sia, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza a seguito di infortunio e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'Assicurato o proseguire il viaggio, entro i confini nazionali, con il percorso più diretto. La Società terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento e i costi dell'autista.

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 richiama 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) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici.

Inoltre:

La Società non prende in carico gli eventi conseguenti a:

- a) tutti i costi superiori a € 500.00 mancato contatto con la Centrale Operativa o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della stessa;
- b) viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

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) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento, indipendentemente dal numero di assicurati coinvolti, nei limiti del capitale assicurato e di eventuali sotto limiti;
- 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.

SPESE MEDICHE

SPESE OSPEDALIERE E CHIRURGICHE IN EMERGENZA ALL'ESTERO

La Società tiene a proprio carico le spese ospedaliere e/o chirurgiche per cure o interventi urgenti e improrogabili cui l'assicurato si sia sottoposto nella medesima località all'estero in cui si è verificato l'infortunio.

La presente garanzia opera entro il massimale previsto e per il periodo di validità della presente polizza. In tutti i casi di operatività della presente garanzia la Centrale Operativa, preventivamente contattata dall'Assicurato, verificherà la possibilità di effettuare il pagamento diretto, verso i prestatori di soccorso e/o di prestazioni medico-chirurgiche, delle spese sopra descritte ed entro il massimale suddetto, tenendo pertanto indenne l'Assicurato dall'anticipo di tali spese. In caso di impossibilità a garantire il pagamento diretto, la Società procederà al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato come sopra descritte.

DIARIA DA RICOVERO

La Società assicura, in caso di ricovero in Istituto di cura, (avvenuto entro 5 gg dall'infortunio), il pagamento dell'indennità per ogni giorno di degenza per un periodo massimo di giorni 15 per singolo sinistro, con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo per ciascun assicurato.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Le spese mediche relative a:

- Spese mediche di 1° soccorso sostenute sul luogo dell'infortunio
- Spese mediche per acquisto di apparecchi ortopedici ginocchiere - busti - collari
- Spese mediche per visite specialistiche
- Spese mediche ticket sanitari
- Spese mediche per trattamenti fisioterapici
- Accertamenti diagnostici

saranno riconosciute per le cure ricevute al rientro nel luogo di residenza sempre che portate a termine nei 90 giorni successivi all'infortunio stesso.

Sono esclusi dall'assicurazione le spese:

- conseguenti ad interventi chirurgici, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;
- derivanti da infarti miocardici;
- sostenute per l'acquisto di farmaci;
- odontoiatriche;
- per certificati ad uso assicurativo;
- per noleggio di apparecchiature mediche riabilitative in genere;
- per esami del sangue.

nonché tutte quelle spese per le quali l'Assicurato non presenta adeguata documentazione sugli eventi che hanno dato luogo alla prestazione stessa e sui relativi esborsi in denaro.

La Società, verificata la validità della garanzia, provvederà al relativo rimborso.

Franchigia

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.

Inoltre:

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 richiama di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuta 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) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici.

Spese Mediche

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 aerei e dell'aria in genere, sport estremi se 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;
- f) le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattia;

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.

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.

RIMBORSO SKIPASS – LEZIONI DI SCI

Oggetto dell'assicurazione:

La Società rimborsa, in seguito a infortunio dell'Assicurato e nel limite del massimale indicato, il pro-rata dei servizi non usufruiti relativi a:

- Skipass
- Lezioni di sci prenotate e già pagate

RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI – RCT

Oggetto dell'assicurazione:

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 per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose e animali in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nel periodo di validità della polizza in conseguenza di fatto accidentale verificatosi in relazione all'esercizio dell'attività sciistica ricreativa dilettantistica sulla neve (SCI ALPINO, SCI da FONDO e SNOWBOARD ALPINO), praticata nelle località di montagna in Italia e tutti i paesi Europei.

Sono inoltre compresi i danni involontariamente cagionati a terzi dall'Assicurato durante lo svolgimento delle attività ricreative organizzate dalla propria Associazione, quali gite, ginnastica presciistica ed ESCURSIONISMO (EEA = Escursionisti Esperti con Attrezzature – EAI = Escursionismo in Ambienti Innevati con massima pendenza 30° gradi- ciaspole).

Fermo restando quanto riportato al successivo punto QUALIFICA DI TERZI.

QUALIFICA DI TERZI

Non sono considerati terzi ai fini della garanzia di responsabilità civile verso terzi:

- il coniuge, il convivente more uxorio, i figli e i genitori dell'Assicurato e qualsiasi altro parente o affine indipendentemente dal regime patrimoniale fra i coniugi e dalla sussistenza della convivenza con l'Assicurato;
- i familiari, di qualsiasi ordine e grado.

Operatività della garanzia

L'assicurazione RCT, opera a secondo rischio nel caso in cui l'Assicurato possieda un'altra assicurazione che copra il medesimo rischio. Nei casi in cui l'assicurazione venga ad operare a secondo rischio, copre quella parte dei danni e dei risarcimenti o rimborsi che non rientrano nei massimali stabiliti dalle altre eventuali polizze esistenti, sino a concorrenza del massimale previsto nelle Condizioni di Polizza della Società.

Franchigia

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

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.

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione di responsabilità civile verso terzi oltre a quanto su riportato i danni causati o derivanti:

- a) conseguenti a inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo, a interruzione, impoverimento o deviazione di sorgenti e corsi d'acqua, alterazioni o impoverimento di falde acquifere di giacimenti minerari e in genere di quanto trovasi nel sottosuolo e sia suscettibile di sfruttamento;
- b) alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo;
- c) da detenzione o impiego di esplosivi;
- d) verificatisi in connessione con trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione - fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici);
- e) da interruzioni, sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

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.

INFORTUNI

Oggetto dell'assicurazione:

Caso di morte o invalidità permanente

La Società assicura gli infortuni (non aerei) subiti dall'Assicurato, 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.

Persone per cui la garanzia Infortuni non è valida

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

Franchigia

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 50 punti percentuali della totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 50 punti percentuali.

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 esplicito;
- b) alla guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- c) all'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri);
- d) a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non conseguenti ad infortunio;
- e) a tentativo di suicidio o suicidio;
- f) alla partecipazione, anche come passeggero, a competizioni sportive e relative prove con o senza l'utilizzo di veicoli a motore salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- g) freeride, freestyle, sci fuori dalle piste innevate e/o tracciati ufficiali dei comprensori sciistici, salti dal trampolino, alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai, skeleton, utilizzo di motoslitte o veicoli a motore in genere, attività svolte a titolo professionale, escursioni oltre i 3.000 metri, escursioni con ciaspole fuori da percorsi esplorati o comunemente utilizzati;
- h) a ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- i) a malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o già esistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione
- j) alle ernie, eccetto quelle addominali da sforzo;

- k) agli infarti da qualsiasi causa determinati.

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.

TUTELA LEGALE

Oggetto dell'assicurazione

La Società, per la gestione e la liquidazione dei sinistri, fatto salvo quanto già regolamentato dall'Art. "Operatività della polizza", alle condizioni di seguito indicate e nei limiti del massimale indicato in polizza, valido per sinistro e per anno assicurativo, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili della controparte, occorrente all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati nelle condizioni di assicurazione, **esclusivamente derivanti da incidente occorso all'assicurato nell'area sciabile**.

L'assicurazione comprende i seguenti oneri:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro;
- le spese per mediazioni stabilite dalla Legge;
- le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dalla Società
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di periti in genere, purché concordate con Società;
- le spese processuali nel processo penale ai sensi dell'articolo 535 Codice di Procedura Penale;
- il Contributo Unificato per le spese degli atti giudiziari, se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza;
- le spese attinenti all'esecuzione forzata limitatamente ai primi due tentativi esperiti dall'Assicurato;
- le spese investigative per la ricerca e l'acquisizione di prove a difesa;
- le spese per le indagini volte alla ricerca di prove a difesa e discolta dell'Assicurato;
- è garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. "Libera scelta del legale".
- spese per un secondo legale domiciliatario unicamente in fase giudiziale fino a € 1.000,00. Riconosciute solo quando il distretto di Corte d'Appello nel quale viene radicato il procedimento giudiziario è diverso da quello di residenza dell'Assicurato;
- oneri relativi alla registrazione di atti giudiziari fino a € 500,00.

Prestazioni garantite

Gli oneri indennizzabili previsti nel presente contratto valgono **tassativamente** per i seguenti casi:

1. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per controversi e di natura contrattuale aventi come controparte le società che hanno in gestione gli impianti sciistici e di risalita (comprensori sciistici).
2. L'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni provocati da terzi, derivanti da incidenti verificatisi all'interno dell'area sciabile.
3. la difesa in sede penale nei procedimenti per reati colposi legati ad eventuali danni cagionati a persone terze. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.

Soggetti assicurati

L'Assicurato indicato in polizza.

Operatività della garanzia

La garanzia viene prestata per le controversie insorte durante il periodo di validità del contratto e determinate da fatti generatori altresì verificatisi nel periodo di validità dell'assicurazione e più precisamente:

- a) dopo le ore 24.00 del giorno di decorrenza dell'assicurazione per i casi di responsabilità extracontrattuale o per i procedimenti penali. Ai fini del comma precedente, i fatti che hanno dato origine alla controversia si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, il sinistro stesso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo atto.
- Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro.

In caso di imputazioni a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

Qualora coesistano una o più assicurazioni di Tutela Legale sul medesimo rischio coperto dal presente Contratto, la garanzia prevista da quest'ultima opera dopo esaurimento di quanto dovuto dalle altre assicurazioni.

Obblighi dell'Assicurato - Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato deve:

- denunciare immediatamente e comunque entro 3 gg alla Società qualsiasi sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza. In ogni caso deve fare pervenire alla Società, notizia di ogni atto a lui notificato, entro tre giorni dalla data della notifica stessa e comunque non oltre i 24 mesi dalla data di insorgenza della controversia.
- In ogni caso deve fare pervenire la denuncia e ogni successivo atto a lui notificato entro tre giorni dalla data della notifica stessa.
- In caso contrario l'Assicurato sarà ritenuto responsabile del maggior danno che il ritardo nella denuncia potrà comportare.

La denuncia del caso dovrà essere completa, veritiera e corredata da idonea documentazione incluso ogni mezzo di prova a disposizione e necessario per permettere alla Società di tutelare gli interessi dell'Assicurato

A titolo esemplificativo, dovranno essere forniti:

- le generalità e recapiti della controparte;
- gli estremi della controversia con l'indicazione delle pretese/contestazioni proprie e/o di controparte ed i riferimenti temporali della vicenda;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia dei documenti rilevanti (contratti, fatture, ricevute, verbali, certificati, fotografie ecc.);
- dichiarazioni testimoniali corredate da copia di un documento di identità del teste;
- copia dell'informazione di garanzia o ogni altro atto notificato all'Assicurato.
- In mancanza, la Società non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Libera scelta del legale

Qualora la controversia comporti la necessità di instaurare un procedimento giudiziale, l'Assicurato è tenuto a scegliere il legale, cui affidare la tutela dei suoi interessi, residente nel luogo ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicando a IPA il relativo nominativo, contestualmente alla denuncia del sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società potrà nominare direttamente il legale.

Ove si renda necessario l'intervento di un secondo legale domiciliatario, la Società fornisce al legale incaricato il nominativo del legale domiciliatario e riconosce le relative spese di domiciliazione.

In nessun caso l'assicurato potrà dare autonomamente incarico al legale, così come nominare consulenti tecnici di parte o periti, senza aver ricevuto la preventiva autorizzazione da parte di IPA, pena l'esclusione al diritto di indennizzo.

Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

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

- a) informare immediatamente IPA in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro nonché, indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- b) conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, previa autorizzazione ricevuta dalla IPA, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Gestione del sinistro

Ricevuta la denuncia del sinistro, IPA valuta se esistono i presupposti per realizzare un bonario componimento della controversia. Laddove possibile, la gestione stragiudiziale della controversia è riservata a IPA che si avvarrà, eventualmente, di legali di sua scelta.

Qualora l'Assicurato abbia già dato mandato a legali / periti, per la gestione della fase stragiudiziale, le conseguenti spese rimarranno a suo carico.

Nel caso in cui il bonario componimento non vada a buon fine, o nei casi in cui non sia possibile esperirlo, se le pretese dell'Assicurato risultino fondate, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. "Obblighi dell'Assicurato - Denuncia del sinistro" e art "Libera scelta del legale".

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale soltanto se l'impugnazione presenta possibilità di successo. IPA non è responsabile dell'operato di legali, di consulenti tecnici di parte e di periti in genere.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di IPA, pena il rimborso delle spese legali e peritali da questa sostenute, fatto salvo quanto previsto dal successivo comma.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e la Società, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, scegliendo liberamente il proprio legale, con spese a suo carico, la decisione può essere demandata in via alternativa ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

IPA avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Recupero delle somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece alla Società, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)

La garanzia assicurativa Tutela Legale non riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- 2) gli oneri fiscali (bollatura documenti e atti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- 3) le spese per controversie derivanti da fatti dolosi del Contraente o dell'Assicurato;
- 4) le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario;
- 5) le spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali, ai sensi dell'articolo n.541 Codice di Procedura Penale;

- 6) le spese relative a professionisti non iscritti nell'apposito albo professionale ove prescritto dalla Legge;
 - 7) il pagamento di spese connesse all'esecuzione delle pene detentive ed alla custodia di cose;
 - 8) le operazioni di esecuzione forzata oltre due esiti negativi.
- Inoltre la garanzia non è operante per le controversie:
- 9) derivanti dalla circolazione di natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria, nonché di aeromobili, di proprietà, locati o condotti dall'Assicurato;
 - 10) di natura contrattuale (quali a puro titolo esemplificativo contratti di compravendita o di affitto), anche nei confronti della Società e del Gruppo AXA, salvo quanto previsto all'art. "Prestazioni Garantite";
 - 11) relative ai sinistri di inquinamento dell'ambiente, salvo che esso sia determinato da fatto accidentale;
 - 12) relative ai sinistri causati da esplosione, emanazione di calore, radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, o in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - 13) per le quali sia ipotizzabile la responsabilità professionale del legale incaricato;
 - 14) conseguenti a tumulti popolari, guerre civili, atti di terrorismo, sommosse, atti di vandalismo, eventi naturali catastrofici (ad es. terremoto, maremoto, tsunami), scioperi e serrate;
 - 15) in materia di diritto di famiglia e delle successioni e delle donazioni;
 - 16) in materia di diritti di brevetto, marchio, autore, concorrenza sleale, i rapporti tra soci ed amministratori e le controversie derivanti da contratto di agenzia;
 - 17) di valore inferiore a € 250,00
 - 18) derivanti da controversie per il recupero crediti;
 - 19) per vertenze inerenti contratti di appalto e/o subappalto;
 - 20) per contratti di compravendita di immobili;
 - 21) derivanti da controversie contrattuali con la Società e/o con il Tour Operator/Agenzia;
 - 22) non espressamente richiamate tra le voci dell'art. "Prestazioni Garantite".
 - 23) aventi ad oggetto reati di natura pornografica o pedopornografica;
 - 24) relative a reati commessi in stato di ebbrezza o sotto gli effetti di psicofarmaci nonché derivanti dall'uso di stupefacenti e allucinogeni.

SPESE DI SOCCORSO SULLE PISTE DA SCI

A seguito di infortunio dell'assicurato nello svolgimento di attività sportive amatoriali sulla neve e di intervento del servizio di soccorso sulle piste da sci, la Società rimborsa le seguenti spese:

a) Spese di soccorso in toboga

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

b) 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.

CHE COSA NON È ASSICURATO

Esclusioni comuni a tutte le sezioni

Sono esclusi dall'Assicurazione i sinistri direttamente o indirettamente conseguenti alla pratica delle seguenti attività:

- Freeride, freestyle;
- Sci fuori dalle piste innevate e/o tracciati ufficiali dei comprensori sciistici;
- Salti dal trampolino;
- Alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- Skeleton;
- Utilizzo di motoslitte o veicoli a motore in genere;
- Attività svolte a titolo professionale;
- Escursioni oltre i 3.000 metri;
- Escursioni con ciaspole fuori da percorsi esplorati o comunemente utilizzati.

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 grave dell'Assicurato;
- h. malattie mentali, stati d'ansia, stress e depressione, disturbi psichici in genere e nevrosi, nonché sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); reazione psicologica derivante dalla paura (ad es. di un atto di guerra, insurrezione popolare, atto di terrorismo, incidente aereo).

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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa, fornendo dati anagrafici dell'Assicurato, numero di polizza ed il tipo di intervento richiesto, indicando, inoltre, per:

■ Assistenza e Spese ospedaliere/chirurgiche in emergenza all'estero

- 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 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 o da quando si è verificato l'evento, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, fatto salvo quanto previsto nelle Condizioni di Assicurazione, ed in particolare:

- numero di polizza;
- 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.

■ Responsabilità Civile Terzi - RCT

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

■ Infortuni

- 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, lesioni sci

- documentazione oggettivamente provante la causa dell'interruzione del soggiorno;
- in caso di infortunio, verbale di pronto soccorso e certificato medico attestante la data dell'infortunio, la diagnosi specifica e i giorni di prognosi;
- originale dello skipass e relativa ricevuta di acquisto;
- ricevuta di pagamento delle lezioni di sci.

■ Rimborso spese soccorso sulle piste da sci

- documentazione medica relativa all'infortunio sulle piste da sci;
- originali di notule, distinte e ricevute di pagamento debitamente quietanzate.

RIFERIMENTI IMPORTANTI

ASSISTENZA E SPESE OSPEDALIERE/CHIRURGICHE IN EMERGENZA ALL'ESTERO - CENTRALE OPERATIVA 24 ore su 24
Tel. + 39 06 42 115 840

RICHIESTE DI RIMBORSO

1 –Tramite Raccomandata all'indirizzo:
Inter Partner Assistance S.A. - Travel - Ufficio Sinistri
Casella Postale 20175
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto – Roma

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l'“Interessato” (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. « catena assicurativa », ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: privacy@axa-assistance.com

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- Dati di categorie particolari dell'Interessato, ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE 2016/679, strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;
- Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. “catena assicurativa”), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);

- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell'Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati, in linea con la normativa sul trasferimento e con le Binding Corporate Rules del gruppo di appartenenza.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto della normativa vigente. Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all'Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giudiziale. I dati personali saranno trattati in sicurezza, confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l'accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento cui li ha forniti;
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma*;
 2. all'indirizzo e-mail: garante@gpdp.it, oppure posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
 3. fax al numero: 06/696773785.

10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di autonomi titolari o di responsabili esterni del trattamento dati).

11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

12. DATI DEI MINORI

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.