



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

## Assicurazione Infortuni Globale

Sezione Assistenza

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”  
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.



**Vittoria**  
Assicurazioni

<b>Glossario: guida alla comprensione del testo</b>	pag. 2
<b>Oggetto del Contratto</b>	pag. 4
<b>1 Che cosa è assicurato?</b>	pag. 4
1.1 COPERTURE ASSICURATIVE	
<b>2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?</b>	pag. 8
<b>3 Cosa non è assicurato?</b>	pag. 12
<b>4 Ci sono limiti di copertura?</b>	pag. 12
4.1 LIMITI DELLE PRESTAZIONI	
4.2 ESCLUSIONI	
4.3 LIMITI DI INDENNIZZO	
<b>Cosa fare in caso di Sinistro?</b>	pag. 16
1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	
2 FORNITURA DELLE PRESTAZIONI	
3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
<b>Tabella di sintesi adempimenti in caso di Sinistro</b>	pag. 18

## Glossario: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente nel documento denominato "Il contratto dalla A alla Z".

### DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** è l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma o laurea.
- **BICICLETTA:** sono i veicoli con due ruote o più ruote funzionanti a propulsione muscolare, per mezzo di pedali o di analoghi dispositivi, azionati dalle persone che si trovano sul veicolo. Sono comprese le biciclette a pedalata assistita, così come definite dalla Direttiva Europea 2002/24/CE - di ingombro non superiore a 1,30 m di larghezza, 3 m di lunghezza e 2,20 m di altezza.
- **GUASTO:** relativamente all'opzione "Assistenza **BICICLETTA**", il danno subito dalla **BICICLETTA** per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti meccaniche, foratura, scoppio, squarcio della gomma tale da rendere impossibile per l'**ASSICURATO** l'utilizzo dello stesso in condizioni normali.
- **FRANCHIGIA:** l'importo contrattualmente pattuito che rimane a carico dell'**ASSICURATO** per ogni **SINISTRO**.
- **INCIDENTE:** il **SINISTRO**, subito dalla **BICICLETTA** in circolazione, non voluto, dovuto a: imperizia, negligenza, inosservanza di norme e regolamenti od a caso fortuito connesso alla circolazione stradale, che provoca danni alla **BICICLETTA** tali da rendere impossibile all'**ASSICURATO** l'utilizzo della stessa in condizioni normali.
- **INFORTUNIO:** un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** l'insieme delle operazioni atte a riparare, ricostruire, riporre in sede, asportare o sostituire una parte dell'organismo colpito da **MALATTIA** o **INFORTUNIO** con o senza ricovero.
- **ISTITUTO DI CURA:** è l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo e di soggiorno.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **MAPRE ASISTENCIA:** la società che gestisce il servizio di assistenza agli **ASSICURATI**.
- **MASSIMALE:** la somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito.
- **PRESTAZIONE:** l'assistenza da fornirsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'**ASSICURATO** da parte della **SOCIETÀ** tramite la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** in caso di **SINISTRO**.

- **SCOPERTO:** la percentuale di importo del danno liquidabile a termini di polizza che rimane ad esclusivo carico dell'**ASSICURATO**.
- **SINISTRO:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Relativamente all'opzione "Assistenza **BICICLETTA**", il singolo fatto o avvenimento che renda impossibile l'utilizzo della **BICICLETTA**, dipendente da **GUASTO** o **INCIDENTE**, che determina la richiesta della **PRESTAZIONE** da parte dell'**ASSICURATO**.
- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA:** la struttura di **MAPRE ASISTENCIA**, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la **SOCIETÀ**, provvede al contatto con l'**ASSICURATO**, ed organizza e fornisce le **PRESTAZIONI** di assistenza previste in **POLIZZA**, con costi a carico della **SOCIETÀ** stessa.

# Oggetto del Contratto

## 1 Che cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le garanzie della presente Sezione; queste garanzie sono valide solo se espressamente richiamate in **POLIZZA**.

Le seguenti garanzie, entro i **MASSIMALI** indicati in **POLIZZA** e ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** previsti dalle condizioni di assicurazione ed indicati nel dettaglio nel successivo capitolo “*CI SONO LIMITI DI COPERTURA?*”, saranno operative solamente se scelte dal **CONTRAENTE** ed espressamente richiamate in **POLIZZA**.

La copertura assicurativa di cui alla presente Sezione prevede diversi servizi di assistenza:

- Garanzia “Assistenza persona” (valida se richiamata sul simple di **POLIZZA**);
- Garanzia “Convalescenza e riabilitazione”;
- Garanzia “In viaggio”;
- Garanzia “Single”;
- Garanzia “Famiglia”.

Il **CONTRAENTE** può inoltre per completare la copertura assicurativa attivando la seguente garanzia opzionale con pagamento di un **PREMIO** aggiuntivo:

- “Assistenza **BICICLETTA**” (valida se richiamata sul simple di **POLIZZA**).

### 1.1 COPERTURE ASSICURATIVE

- Garanzia “Assistenza persona” (valida se richiamata sul simple di **POLIZZA**)

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

a) **Informazioni sanitarie**: la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, su semplice richiesta telefonica dell'**ASSICURATO**, attraverso la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, etc.) nell'ambito del sistema sanitario nazionale.

La **PRESTAZIONE** è operante con i limiti indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

b) **Consigli medici telefonici generici e specialistici**: se l'**ASSICURATO** necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la **PRESTAZIONE** più opportuna per lui.

- c) **Assistenza infermieristica presso l'ISTITUTO DI CURA:** se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO**, durante un periodo di ricovero in **ISTITUTO DI CURA**, deve essere assistito da un infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** lo reperirà e lo metterà a disposizione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "*Ci sono limiti di copertura?*" del presente capitolo.
- d) **Invio di medicinali urgenti:** se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO** necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma non reperibili sul posto, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** le invierà con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Il costo dei medicinali è a carico dell'assicurato. La **PRESTAZIONE** è operante con i limiti indicati nel successivo articolo 4 "*Ci sono limiti di copertura?*" del presente capitolo.
- e) **Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici (in Italia):** se l'**ASSICURATO**, in seguito a **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, deve sottoporsi a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi del sangue, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il laboratorio di analisi ematochimiche secondo le esigenze dell'**ASSICURATO**.
- f) **Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** la invierà direttamente e le spese relative sono a carico della **SOCIETÀ** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "*Ci sono limiti di copertura?*" del presente capitolo.
- g) **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non è curabile nell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, previa analisi del quadro clinico dell'**ASSICURATO** e d'accordo con il medico curante, provvederà a:
- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'**ISTITUTO DI CURA** italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'**ASSICURATO**;
  - organizzare il trasporto dell'**ASSICURATO** con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra i seguenti:
    - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
    - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
    - treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
    - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
  - assistere l'**ASSICURATO** durante il trasporto con personale medico o paramedico, ove necessario.
- h) **Rientro dal centro ospedaliero attrezzato:** quando l'**ASSICURATO**, in conseguenza della **PRESTAZIONE** indicata al punto "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato" di cui sopra, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo il ricovero, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà al suo rientro con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra i seguenti elencati:
- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

- **Garanzia “Convalescenza e riabilitazione”**

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

a) **Invio di un infermiere a domicilio (in Italia)**: se l'**ASSICURATO**, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** deve essere assistito da un infermiere la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** lo reperirà e lo metterà a disposizione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

b) **Invio di un fisioterapista (in Italia)**: se l'**ASSICURATO**, a seguito di una **MALATTIA** o **INFORTUNIO** che hanno comportato un ricovero e/o **INTERVENTO CHIRURGICO** deve essere assistito da un fisioterapista, la **SOCIETÀ** rimborsa l'**ASSICURATO** del costo del fisioterapista, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

c) **Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)**: se, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, si rendono necessarie all'**ASSICURATO** una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito,

la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**ASSICURATO**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

- **Garanzia “In viaggio”**

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

a) **Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)**: se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** l'**ASSICURATO** necessita di un ricovero in un **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**ASSICURATO** ricoverato. La **SOCIETÀ** sosterrà il relativo costo. Se l'**ASSICURATO** necessita di assistenza personale, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ricercherà e prenoterà un albergo per il familiare, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

b) **Anticipo spese mediche**: se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, deve sostenere delle spese mediche e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** anticipa, per conto dell'**ASSICURATO**,

il pagamento delle fatture a esse relative, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo. L'**ASSICURATO** deve comunicare la causa della richiesta, la cifra necessaria, il suo recapito e sottoscrivere un modulo di referenze che consenta di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'**ASSICURATO** deve rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine deve restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

c) **Rientro sanitario (in Italia e all'estero):** se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO** le condizioni dell'**ASSICURATO**, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia, o alla sua residenza in Italia, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** effettuerà il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente, e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** e le spese relative restano a carico della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se l'**ASSICURATO** è rientrato a spese della **SOCIETÀ**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, etc. non utilizzato.

La **PRESTAZIONE** è operante con i limiti indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

d) **Rientro degli altri ASSICURATI (in Italia e all'estero):** in caso di rientro sanitario dell'**ASSICURATO** in base alle condizioni previste dalla **PRESTAZIONE** “Rientro sanitario (in Italia e all'estero)” di cui sopra, se le persone in viaggio con l'**ASSICURATO** non possono rientrare per ragioni oggettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** fornisce loro un biglietto ferroviario (di prima classe) o aereo (di classe economica), per rientrare alla propria residenza in Italia, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo. La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** potrà richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

- **Garanzia “Single”**

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

a) **Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia):** se l'**ASSICURATO** convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invierà presso il domicilio dell'**ASSICURATO** un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile ai sensi della legge 104/1992, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.



- **Garanzia “Famiglia”**

Sono garantite all'ASSICURATO le seguenti PRESTAZIONI:

- a) **Baby-sitter per minori (in Italia):** se l'ASSICURATO, a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO, viene ricoverato in ISTITUTO DI CURA per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni oppure, a seguito di un ricovero in un ISTITUTO DI CURA, è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la STRUTTURA ORGANIZZATIVA segnalerà il nominativo di una baby sitter tra quelle disponibili nella zona in cui si trova l'ASSICURATO, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della Baby-sitter sarà a carico della SOCIETÀ, con i limiti di INDENNIZZO indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.
- b) **Collaboratrice familiare (in Italia):** se l'ASSICURATO, a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO, è stato ricoverato in ISTITUTO DI CURA per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni ed è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato a svolgere le principali incombenze domestiche, la STRUTTURA ORGANIZZATIVA segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare tra quelle disponibili nella zona in cui si trova l'ASSICURATO, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della Collaboratrice familiare sarà a carico della SOCIETÀ, con i limiti di INDENNIZZO indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

## 2 Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Il CONTRAENTE può inoltre attivare la seguente garanzia opzionale, operativa se espressamente richiamata in POLIZZA e corrisposto il relativo PREMIO, valida entro i MASSIMALI indicati in POLIZZA e con le esclusioni e le eventuali FRANCHIGIE, SCOPERTI e limiti di INDENNIZZO previsti nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

- **Opzione “Assistenza BICICLETTA” (valido se richiamata sul simple di polizza)**

Con tale opzione sono garantite all'ASSICURATO le seguenti PRESTAZIONI:

- a) **Soccorso:** se la BICICLETTA, a seguito di SINISTRO, non può più essere utilizzata:
- la STRUTTURA ORGANIZZATIVA invierà all'ASSICURATO un mezzo di soccorso per trasportare la BICICLETTA e l'ASSICURATO stesso al suo domicilio o ad altra destinazione indicata dall'ASSICURATO stesso; all'atto di richiesta telefonica di assistenza, la STRUTTURA ORGANIZZATIVA comunicherà all'ASSICURATO l'eventuale eccedenza relativa ai costi per il trasporto, con mezzo per il soccorso; oppure, in alternativa
  - l'ASSICURATO potrà provvedere in autonomia, previa autorizzazione da parte delle STRUTTURA ORGANIZZATIVA, alla spedizione della BICICLETTA al proprio domicilio o ad altra destinazione, anticipandone i relativi costi.

La SOCIETÀ, a fronte dei documenti giustificativi dei costi sostenuti dall'ASSICURATO, sosterrà il relativo costo con i limiti di INDENNIZZO indicati nel successivo articolo 4 “*Ci sono limiti di copertura?*” del presente capitolo.

- b) **Rientro/proseguimento del viaggio:** se a seguito di attivazione della PRESTAZIONE “Soccorso” di cui sopra, l'ASSICURATO durante il viaggio debba lasciare la BICICLETTA

in riparazione presso un centro specializzato e la riparazione non può essere eseguita in giornata, o se ha spedito la **BICICLETTA** al proprio domicilio, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a disposizione dell'**ASSICURATO** un biglietto del treno (prima classe) o aereo (classe economica) in caso di viaggio superiore alle 6 ore o altro mezzo di trasporto ritenuto idoneo per proseguire il suo viaggio fino alla destinazione inizialmente prevista o per il suo ritorno al domicilio, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

- c) **Consulenza medico telefonica:** a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO** l'**ASSICURATO** potrà contattare la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** per usufruire di un servizio di consulto medico telefonico e disporre di informazioni e/o consigli medici generici. Sulla base delle informazioni ricevute e dalla diagnosi del medico curante, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** valuterà quindi la fornitura della **PRESTAZIONE** di assistenza più opportuna da effettuare in favore dell'**ASSICURATO**.

Si precisa che tale **PRESTAZIONE** non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'**ASSICURATO**.

- d) **Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o durante i giorni festivi, e non riesca a reperirlo, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, accertata la necessità della **PRESTAZIONE**, invierà uno dei medici convenzionati e la **SOCIETÀ** tiene a proprio carico la relativa spesa.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'**ASSICURATO** nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

- e) **Assistenza infermieristica presso l'ISTITUTO DI CURA:** se a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, l'**ASSICURATO**, durante un periodo di ricovero in **ISTITUTO DI CURA**, deve essere assistito da un infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** lo reperirà e lo metterà a disposizione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

- f) **Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso:** Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** la invierà direttamente, e le spese relative sono a carico della **SOCIETÀ** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

- g) **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, è affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non è curabile nell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, previa analisi del quadro clinico dell'**ASSICURATO** e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'**ISTITUTO DI CURA** italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'**ASSICURATO**;

- organizzare il trasporto dell'**ASSICURATO** con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
  - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
  - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
  - treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
  - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

h) **Traduzione della cartella clinica:** se l'**ASSICURATO** usufruisce della **PRESTAZIONE** "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato" che precede, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, e procederà all'eventuale traduzione della stessa per permettere ai medici dell'**ISTITUTO DI CURA** di destinazione di recepire le informazioni necessarie per la pronta presa in carico della patologia diagnosticata.

i) **Rientro dal centro ospedaliero attrezzato:** quando l'**ASSICURATO**, che abbia usufruito della **PRESTAZIONE** indicata al punto "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato" di cui sopra, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo il ricovero, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ne disporrà il rientro con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra i seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

j) **Invio di medicinali urgenti:** se a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** le invierà con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali). Il costo dei medicinali è a carico dell'**ASSICURATO**. La **PRESTAZIONE** è operante con i limiti indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

k) **Viaggio di un familiare e spese di soggiorno:** se a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** necessita di un ricovero in un **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**ASSICURATO** ricoverato. La **SOCIETÀ** sosterrà il relativo costo. Se l'**ASSICURATO** necessita di assistenza personale, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ricercherà e prenoterà un albergo per il familiare, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

l) **Invio di un infermiere a domicilio:** se l'**ASSICURATO**, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero per **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, deve essere assistito da un

infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** lo reperirà e lo metterà a disposizione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

m) **Invio di un fisioterapista:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, indipendentemente da ricovero e/o **INTERVENTO CHIRURGICO**, deve essere assistito da un fisioterapista, la **SOCIETÀ** rimborsa l'**ASSICURATO** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

n) **Fornitura di attrezzature medico chirurgiche:** se, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, si rendono necessarie all'**ASSICURATO** una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;

la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**ASSICURATO** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

o) **Informazioni sanitarie:** la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, su semplice richiesta telefonica dell'**ASSICURATO**, tramite la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni utili alla terapia prescritta;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli **ISTITUTI DI CURA**;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti.

La **PRESTAZIONE** è operante con i limiti indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

p) **Baby-sitter per minori:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, viene ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, oppure, a seguito di un ricovero in **ISTITUTO DI CURA** è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della Baby-sitter sarà a carico della **SOCIETÀ**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

q) **Collaboratrice familiare:** se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, è stato ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato a svolgere le principali incombenze domestiche, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della Collaboratrice familiare sarà a carico della **SOCIETÀ**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo articolo 4 "Ci sono limiti di copertura?" del presente capitolo.

La garanzia vale per Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, paesi dell'Unione Europea.

### 3 Cosa non è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i rischi esclusi dalle coperture assicurative.*

Fatta eccezione per i casi di comprovata ed oggettiva forza maggiore, l'**ASSICURATO** non potrà ottenere le **PRESTAZIONI** da parte della **SOCIETÀ** se non ha contattato la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** al momento del **SINISTRO** e se la stessa non ha organizzato e/o autorizzato l'intervento.

### 4 Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la garanzia, **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, limiti e sottolimiti previsti dal contratto.*

#### 4.1 LIMITI DELLE PRESTAZIONI

Le **PRESTAZIONI** possono essere eseguite in favore di ciascun **ASSICURATO** massimo tre volte per tipo nel corso della stessa annualità assicurativa.

#### 4.2 ESCLUSIONI

Esclusioni relative sia alla garanzia "Assistenza persona" che alla garanzia "Assistenza BICICLETTA":

La copertura non è operante per i **SINISTRI** provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'**ASSICURATO**;
- suicidio o tentato suicidio dell'**ASSICURATO**;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutte le **MALATTIE** o gli **INFORTUNI** sofferti in conseguenza di attività sportive estreme e/o svolte a titolo professionale;
- handbike, sport estremi (es. down-hill), sport acrobatici (es. BMX acrobatico), etc;
- espianto e/o il trapianto di organi;
- **MALATTIE** nervose e mentali, **MALATTIE** insorte anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA** e già conosciute dall'**ASSICURATO** (**MALATTIE** preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso **ASSICURATO**, nel corso del precedente contratto;
- **MALATTIE** e **INFORTUNI** conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- **MALATTIE** dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- rinuncia o ritardo da parte dell'**ASSICURATO** nell'accettare le **PRESTAZIONI** proposte dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**;
- salvo i casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto alle **PRESTAZIONI** fornite dalla **SOCIETÀ** decade qualora l'**ASSICURATO** non abbia preso contatto con la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** al verificarsi del **SINISTRO**.

### Esclusione relativa alla garanzia “In viaggio”

Per la garanzia b) “*Anticipo spese mediche*” la **PRESTAZIONE** viene fornita a condizione che l'**ASSICURATO** sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata. Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 500,00 (cinquecento), la **PRESTAZIONE** viene erogata dopo che siano state date alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** garanzie di restituzione delle somme stesse. L'assicurazione non opera se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in tema di antiriciclaggio.

Per la garanzia c) “*Rientro sanitario (in Italia e all'estero)*” non danno luogo alla **PRESTAZIONE** le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'**ASSICURATO** di proseguire il viaggio, e le **MALATTIE** infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali. La **PRESTAZIONE**, inoltre, non è dovuta nel caso in cui l'**ASSICURATO** o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'**ASSICURATO** è ricoverato.

### Ulteriore esclusione garanzia “Assistenza BICICLETTA”

Per la garanzia a) “*Soccorso*” è escluso il soccorso al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad essa equivalenti (percorsi fuori strada). Nel caso in cui nel luogo in cui si trovi l'**ASSICURATO** al momento della richiesta di assistenza non sia possibile il passaggio dei mezzi di soccorso la **PRESTAZIONE** sarà resa nelle strade adiacenti su rete stradale pubblica. Sono escluse le spese relative all'intervento di mezzi eccezionali per il recupero della **BICICLETTA**.

## 4.3 LIMITI DI INDENNIZZO

#### Cosa si intende per “limite di INDENNIZZO”?

Per limite di **INDENNIZZO** si intende l'importo massimo entro il quale la **SOCIETÀ** è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa, rappresenta quindi l'obbligazione massima della **SOCIETÀ** in caso di **SINISTRO**, per capitale, interessi e spese per una determinata voce di rischio.

Salvo quanto diversamente pattuito tra le parti ed indicato in **POLIZZA**, le condizioni di assicurazione prevedono l'applicazione di limiti di **INDENNIZZO** nei casi indicati di seguito.

#### TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia o bene colpito da <b>SINISTRO</b> (se <b>ASSICURATO</b> in base a quanto risulta in <b>POLIZZA</b> )	<b>SCOPERTO</b> (per <b>SINISTRO</b> salvo diversa indicazione)	<b>FRANCHIGIA</b> (per <b>SINISTRO</b> salvo diversa indicazione)	Sottolimito di <b>INDENNIZZO</b> o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Informazioni Sanitarie	Non previsto	Non prevista	Operante da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 18.00-esclusi i festivi infrasettimanali
Assistenza infermieristica presso l' <b>ISTITUTO DI CURA</b>	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00
Invio di medicinali urgenti	Non previsto	A carico dell' <b>ASSICURATO</b> i costi dei medicinali	Non previsto

<b>Garanzia o bene colpito da SINISTRO (se ASSICURATO in base a quanto risulta in POLIZZA)</b>	<b>SCOPERTO (per SINISTRO salvo diversa indicazione)</b>	<b>FRANCHIGIA (per SINISTRO salvo diversa indicazione)</b>	<b>Sottolimito di INDENNIZZO o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)</b>
Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso	Non previsto	Non prevista	300 km di percorso complessivo (casa-ospedale e ritorno)
Invio di un infermiere a domicilio (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00
Invio di un fisioterapista (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 300,00
Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00 (esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano)
Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia) (per ricoveri superiori a 10 giorni)	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 per notte (spese di pernottamento e prima colazione) per un massimo di 3 notti (per <b>SINISTRO</b> )
Anticipo spese mediche (per sinistri avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza)	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00 (per <b>SINISTRO SENZA</b> necessità di garanzie di restituzione) Euro 2.600,00 (per <b>SINISTRO CON</b> necessità di garanzia di restituzione)
Rientro degli altri <b>ASSICURATI</b> (Italia e estero) costo dei biglietti	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00 per <b>ASSICURATO</b>
Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00 per <b>SINISTRO</b>
Baby-sitter per minori (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni (per <b>SINISTRO</b> )
Collaboratrice familiare (in Italia)	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni (per <b>SINISTRO</b> )
<b>BICICLETTA:</b> Soccorso	Non previsto	Non prevista	100 km di tragitto (Euro 200,00 per <b>SINISTRO</b> nel caso in cui l' <b>ASSICURATO</b> provveda in autonomia)
<b>BICICLETTA:</b> Rientro/ proseguimento del viaggio	Non previsto	Non prevista	Euro 250,00 per <b>SINISTRO</b>
<b>BICICLETTA:</b> Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza	Non previsto	Non previsto	Per necessità di medico dalle 20 alle 8 o nei giorni festivi Trasferimento in centro medico fino ad un massimo di 300 Km (a/r) per <b>SINISTRO</b>
<b>BICICLETTA:</b> Assistenza infermieristica presso l' <b>ISTITUTO DI CURA</b>	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00
<b>BICICLETTA:</b> Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso	Non previsto	Non prevista	300 km di percorso complessivo (casa-ospedale e ritorno)

<b>Garanzia o bene colpito da SINISTRO (se ASSICURATO in base a quanto risulta in POLIZZA)</b>	<b>SCOPERTO (per SINISTRO salvo diversa indicazione)</b>	<b>FRANCHIGIA (per SINISTRO salvo diversa indicazione)</b>	<b>Sottolimito di INDENNIZZO o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)</b>
<b>BICICLETTA:</b> Invio di medicinali urgenti	Non previsto	A carico dell' <b>ASSICURATO</b> i costi dei medicinali	Non previsto
<b>BICICLETTA:</b> Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (per ricoveri superiori a 10 giorni)	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 per notte (spese di pernottamento e prima colazione) per un massimo di 3 notti (per <b>SINISTRO</b> )
<b>BICICLETTA:</b> Invio di un infermiere a domicilio (nelle due settimane successive al rientro dal ricovero)	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00
<b>BICICLETTA:</b> Invio di un fisioterapista	Non previsto	Non prevista	Euro 300,00
<b>BICICLETTA:</b> Fornitura di attrezzature medico chirurgiche	Non previsto	Non prevista	Euro 500,00
<b>BICICLETTA:</b> Informazioni sanitarie	Non previsto	Non prevista	Operante da lunedì a venerdì dalle 9.00 alle 18.00-esclusi i festivi infrasettimanali
<b>BICICLETTA:</b> Baby-sitter per minori	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni (per <b>SINISTRO</b> )
<b>BICICLETTA:</b> Collaboratrice familiare	Non previsto	Non prevista	Euro 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni (per <b>SINISTRO</b> )



# Cosa fare in caso di Sinistro?

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**.

## 1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'**ASSICURATO** potrà telefonare alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**:

- al Numero Verde 800 069 627 in funzione 24 ore su 24 per chiamate dall'Italia;
- al Numero +39 015 255 97 41 per chiamate dall'estero.

In alternativa l'**ASSICURATO** potrà inviare:

- un'e-mail a **MAPRE ASISTENCIA** al seguente indirizzo mail: [assistenza@mapfre.com](mailto:assistenza@mapfre.com);
- un fax al numero: +39 015 255 96 04;
- un telegramma all'indirizzo MAPFRE ASISTENCIA S.A. Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI).

In ogni caso l'**ASSICURATO** dovrà comunicare con precisione:

- cognome e nome;
- numero di **POLIZZA**;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** richiamerà l'**ASSICURATO** nel corso dell'assistenza.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** potrà richiedere all'**ASSICURATO** – e lo stesso deve fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. Ove richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture e/o ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà essere sempre richiesto alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare espressamente l'effettuazione.

## 2 FORNITURA DELLE PRESTAZIONI

Ogni **PRESTAZIONE**, salvo il caso di comprovata forza maggiore, deve essere preventivamente richiesta alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Qualora l'**ASSICURATO** non usufruisca di una o più **PRESTAZIONI** relative alla **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** non è tenuta a fornire indennizzi o **PRESTAZIONI** alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

L'**ASSICURATO** s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per la fornitura delle **PRESTAZIONI** di assistenza.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** può richiedere all'**ASSICURATO** – e lo stesso è tenuto a fornire integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla fornitura della **PRESTAZIONE**.

L'ASSICURATO libera dal segreto professionale, relativamente ai **SINISTRI** oggetto di questa **POLIZZA**, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del **SINISTRO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, e/o i magistrati eventualmente investiti dell'esame del **SINISTRO** stesso.

### 3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Come già previsto nel capitolo "OGGETTO DEL CONTRATTO", per le garanzie contenute nella Sezione Assistenza, la **SOCIETÀ**, entro il **MASSIMALE** di **POLIZZA** per **SINISTRO** e per anno assicurativo, sosterrà le spese relative agli interventi autorizzati dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**. Per queste garanzie non è pertanto previsto il pagamento di alcun **INDENNIZZO** a favore dell'ASSICURATO.

## Tabella di sintesi adempimenti in caso di Sinistro

Cosa fare SUBITO	CONTATTI
<p>Comunicare con precisione, nome, cognome, il numero di <b>POLIZZA</b>, il servizio richiesto, l'indirizzo del luogo dove ci si trova e il recapito telefonico cui si potrà essere richiamati nel corso dell'assistenza.</p> <p>Fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- DENUNCIA TELEFONICA: Numero Verde 800 069.627, per chiamate dall'Italia numero in funzione 24 ore su 24 Numero +39 015 25.59.741, per chiamate dall'estero.</li> <li>- DENUNCIA SCRITTA: e-mail a <b>MAPRE ASISTENCIA</b> al seguente indirizzo mail: <a href="mailto:assistenza@mapfre.com">assistenza@mapfre.com</a>; telegramma all'indirizzo MAPFRE ASISTENCIA S.A. Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI) oppure un fax al numero: +39 015 255.96.04.</li></ul>







Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 01/12/2019



**Vittoria**  
**Assicurazioni**

**Vittoria Assicurazioni S.p.A.** | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2  
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione  
Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB025331-ASS-EDZ-1219 - ASSICURAZIONE INFORTUNI GLOBALE  
SEZIONE ASSISTENZA