



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Assicurazione Viaggi

Rimborso Spese Mediche

Il presente documento contenente:

- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto



Vittoria
Assicurazioni

Sezione Rimborso Spese Mediche

1 - Glossario pag. 4

2 - Condizioni Sezione Rimborso Spese Mediche pag. 5

Tabella Scoperti, Franchigie e Sottolimiti di indennizzo

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
--	-----------------------	--	--	---

Forma di copertura "Viaggi Gruppi" e "Vacanze sulla Neve Gruppo":

rimborso spese mediche _ da n.10 a 20 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 3.000,00 col massimo di euro 60.000,00
rimborso spese mediche _ da n.10 a 20 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 20.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.10 a 20 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 200.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.10 a 20 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 500.000,00 col massimo di euro 500.000,00
rimborso spese mediche _ da n.10 a 20 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 1.000.000,00 col massimo di euro 1.000.000,00
rimborso spese mediche _ da n.21 a 30 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 3.000,00 col massimo di euro 90.000,00
rimborso spese mediche _ da n.21 a 30 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 20.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.21 a 30 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 200.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.21 a 30 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 500.000,00 col massimo di euro 500.000,00
rimborso spese mediche _ da n.21 a 30 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 1.000.000,00 col massimo di euro 1.000.000,00
rimborso spese mediche _ da n.31 a 50 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 3.000,00 col massimo di euro 150.000,00
rimborso spese mediche _ da n.31 a 50 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 20.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.31 a 50 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 200.000,00 col massimo di euro 200.000,00
rimborso spese mediche _ da n.31 a 50 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 500.000,00 col massimo di euro 500.000,00
rimborso spese mediche _ da n.31 a 50 assicurati	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 1.000.000,00 col massimo di euro 1.000.000,00
oltre 50	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 3.000,00 col massimo di euro 200.000,00
oltre 50	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 20.000,00 col massimo di euro 200.000,00
oltre 50	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 200.000,00 col massimo di euro 200.000,00

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
--	-----------------------	--	--	---

Forma di copertura "Viaggi Gruppi" e "Vacanze sulla Neve Gruppo":

oltre 50	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 500.000,00 col massimo di euro 500.000,00
oltre 50	2.1	Non previsto	Non prevista	euro 1.000.000,00 col massimo di euro 1.000.000,00
Rimborso spese mediche (per tutte le Forme di copertura)	2.1	Non previsto	Non prevista	Massimo 100 giorni complessivi di degenza ospedaliera
Spese per cure odontoiatriche (per tutte le Forme di copertura)	2.1	Non previsto	Non prevista	Euro 400,00

1 - Glossario

Convalescenza: il periodo tra la fine della fase acuta della malattia e la stabilizzazione o la guarigione.

Difetto Fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Istituto di Cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche ed affini, le case di riposo.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Improvvisa: Malattia di acuta insorgenza i cui sintomi non siano la conseguenza di una malattia cronica o di una Malattia Preesistente.

Malattia Preesistente: la patologia e le condizioni mediche a essa correlate i cui sintomi si siano manifestati nei 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio della copertura, di cui l'Assicurato o i suoi familiari avrebbero dovuto presumibilmente essere a conoscenza, a prescindere dal fatto di essere state o meno diagnosticate o curate.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Residenza: il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

2 - CONDIZIONI SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

(SEZIONE OPZIONALE, VALIDA SE ED IN QUANTO RICHIAMATA ESPRESSAMENTE SUL SIMPLO DI POLIZZA)

2.1 – Rimborso Spese Mediche

L'Impresa, in caso di Malattia Improvvisa o Infortunio dell'Assicurato in Viaggio, tramite la Struttura Organizzativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le prestazioni mediche a lui necessarie.

La Garanzia non è valida per l'ottenimento del visto di ingresso in quei Paesi che richiedono accordi bilaterali tra l'Impresa e una Compagnia del paese interessato, quali, ad esempio, i Paesi della Federazione Russa e lo Stato di Cuba.

La Garanzia è valida fino alla concorrenza, per singolo Assicurato, della Somma Assicurata prescelta indicata in Polizza. Tale Somma Assicurata deve intendersi il massimo esborso per periodo assicurativo e per la totalità dei sinistri denunciati ed indennizzabili a termini di Polizza.

Limitatamente alle Forme di Copertura "Viaggi Gruppi" e "Vacanze sulla Neve Gruppi", per tutti i Sinistri che dovessero complessivamente colpire le persone assicurate, in nessun caso l'Impresa rimborserà importo superiore al massimo esborso riportato nella seguente tabella (individuato in funzione del numero di Assicurati e della Somma Assicurata prescelta):

	Somma Assicurata prescelta per singolo Assicurato				
	€ 3.000	€ 20.000	€ 200.000	€ 500.000	€ 1.000.000
N° Assicurati	Massimo esborso per più sinistri e per la totalità delle persone assicurate nel periodo assicurativo prescelto				
da 10 a 20	€ 60.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 500.000	€ 1.000.000
da 21 a 30	€ 90.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 500.000	€ 1.000.000
da 31 a 50	€ 150.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 500.000	€ 1.000.000
oltre 50	€ 200.000	€ 200.000	€ 200.000	€ 500.000	€ 1.000.000

L'Assicurato, o chi per esso, in caso di bisogno a seguito dell'Evento, dovrà contattare la Struttura Organizzativa, esponendo l'accaduto e richiedendo le prestazioni mediche necessarie.

La Struttura Organizzativa, verificata la copertura assicurativa, organizzerà ove possibile le prestazioni mediche, oppure, qualora non fosse possibile, autorizzerà l'Assicurato a provvedervi direttamente, rimborsandogli le spese sostenute e rientranti nell'Assicurazione.

La Struttura Organizzativa, preventivamente contattata, ove possibile provvede al pagamento diretto di spese ospedaliere e chirurgiche per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del Viaggio, nei confronti dell'Istituto di Cura.

La Garanzia sarà prestata fino al momento in cui l'Assicurato sarà dimesso o sarà ritenuto, a giudizio insindacabile dei medici della Struttura Organizzativa, in condizioni di essere rimpatriabile in Italia.

In ogni caso, la Garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 100 giorni complessivi di degenza ospedaliera.

Nei casi in cui la Struttura Organizzativa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate all'Assicurato, sempreché siano state autorizzate dalla Struttura Organizzativa contattata preventivamente o, comunque, non oltre la data di dimissioni dell'Assicurato.

Non è previsto alcun pagamento diretto o rimborso qualora l'Assicurato ometta di contattare previamente la Struttura Organizzativa.

La Garanzia non opera:

- nei casi in cui l'Assicurato non abbia denunciato l'avvenuto Sinistro alla Struttura Organizzativa;
- nei casi in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Struttura Organizzativa.

Nella Somma Assicurata indicata in Polizza sono comprese:

- a) **spese di trasporto** dal luogo dell'Evento al centro medico di pronto soccorso o di primo Ricovero; **per visite mediche e/o prestazioni diagnostiche e/o farmaceutiche purché sostenute a seguito di prescrizione medica;**
- b) **spese di cure ambulatoriali;**
- c) **spese di pronto soccorso** (compreso il day hospital);
- d) **spese per cure odontoiatriche** urgenti e improvvisate per le dirette conseguenze di un Infortunio verificatosi in Viaggio **con il limite di € 400,00;**
- e) **spese per cure sostenute al rientro** dal Viaggio, **entro 30 giorni**, per le dirette conseguenze di un Infortunio verificatosi in Viaggio;
- f) **spese per cure fisioterapiche**, sostenute in seguito ad Infortunio o Malattia Improvvisa occorsi in Viaggio e che abbiano determinato un Ricovero ospedaliero; sono da intendersi in Garanzia (**esclusivamente per questo punto**) le **spese sostenute nell'ambito del Ricovero** ospedaliero stesso o nel periodo di **Convalescenza** immediatamente successivo al Ricovero e, comunque, **entro il termine di 30 giorni dalla fine del Ricovero.**

2.2 – Esclusioni rimborso spese mediche

La Garanzia non opera in caso di Sinistro causato direttamente od indirettamente da:

1. dolo dell'Assicurato;
2. coinvolgimento dell'Assicurato in qualsiasi atto illecito o criminoso;
3. suicidio (tentato o consumato) oppure autolesionismo o esposizione intenzionale a pericoli (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);
4. stato di ebbrezza o influsso di psicofarmaci, sostanze stupefacenti e psicotrope e relative conseguenze a breve, medio e lungo termine;
5. le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
6. virus da immunodeficienza umana (HIV), sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), malattie sessualmente trasmissibili e relative complicanze o malattie connesse;

7. malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il 6° mese o dal puerperio, aborto non terapeutico, parto, fecondazione assistita e/o e cura dell'infertilità;
8. 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, sommosse, tumulti popolari, saccheggi, scioperi;
9. atti vandalici ed atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;
10. anche solo parzialmente, da trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, da esposizione a radiazioni ionizzanti ed a scorie nucleari, da contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, da proprietà radioattive, tossiche, esplosive o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
11. trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
12. inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
13. partecipazione a campionati sportivi, prove eliminatorie, esercitazioni ufficialmente organizzate o allenamenti in vista di detti eventi;
14. cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite;
15. Malattia cronica e Malattia Preesistente.

Limitatamente alle Forme di Copertura "Vacanze sulla Neve " e "Vacanze sulla Neve Gruppi", sono sempre escluse le seguenti attività:

16. alpinismo/scalata su roccia o accesso ai ghiacciai, sci fuoripista, sci escursionismo, sci alpinismo, sci estremo in genere, sci acrobatico, motoslitte scidoo, salto dal trampolino con sci, heliski, hockey su ghiaccio, ice speedway, gare e attività agonistiche o professionali.

La Garanzia inoltre non opera:

- a) qualora si verificano le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari dell'Istituto di Cura presso il quale egli si trova ricoverato;
- b) epidemie e/o pandemie (dichiarate dall' Istituto Superiore di Sanità e/o dall'Organizzazione Mondiale della Sanità), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- c) per il neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso del Viaggio, anche in caso di parto prematuro.

L'Impresa non prende in carico gli Eventi conseguenti a:

- d) Viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo (anche temporaneamente) un divieto o una limitazione ai viaggi emessi da un'autorità pubblica competente, o sia dalla stessa sconsigliato di recarsi;
- e) Viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici o estetici;
- f) sport/attività comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, di natura diversa da quelle di carattere ricreativo e occasionale (a titolo esemplificativo e non esaustivo: rally, karting, motocross, offshore, motonautica e simili);

- g) guida ed uso di deltaplani ed altri veicoli ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere;
- h) sci, snowboard, pattinaggio sul ghiaccio, guidoslitta, bob, escursioni con slitta trainata da cani, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, tiro con armi, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiacciaio, arrampicata libera (free climbing), rodei, sport professionali e canoa (ad eccezione che detta attività sportiva sia svolta unicamente a carattere ricreativo ed occasionale);
Limitatamente alle Forme di Copertura “Vacanze sulla Neve” e “Vacanze sulla Neve Gruppi”, si intende invece compresa la pratica di sci alpino, sci di fondo, snowboard, pattinaggio sul ghiaccio (ferme restando le esclusioni di cui all’art. 2.2 punto 16);
- i) windsurf, kitesurf, surf, kayak, immersioni con autorespiratore (per quest’ultima ad eccezione che sia svolta in caso di partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, sotto la guida dell’istruttore);
- j) sport acrobatici e estremi quali bungee jumping, base jumping, canyoning, parasailing, parkour e simili;
- k) sport costituenti per l’Assicurato attività professionale, principale o secondaria e ogni tipo di gara d’avventura, agonistica o professionale;
- l) quarantene.

2.3 – Istruzioni per la richiesta di assistenza / denuncia sinistri.

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l’Assicurato potrà telefonare alla **Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, al:**

- Numero Verde 800 955 542
- per chiamare dall’estero comporre: +39 015 2559616

In ogni caso si dovrà comunicare con precisione:

- cognome e nome;
- numero della Polizza;
- dati dell’Istituto di Cura;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l’Assicurato nel corso dell’Assistenza.

Per ogni **richiesta di rimborso**, l’Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso alla Struttura Organizzativa **entro 3 giorni dal rientro**, fornendo:

- copia della 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 estero o conto corrente postale) e nome del titolare del conto corrente, se differente dall’intestatario della pratica;
- descrizione delle circostanze dell’Evento;
- documentazione medica redatta in loco, comprensiva di certificato medico attestante la diagnosi e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale;
- in caso di Ricovero, copia completa della cartella clinica.

La Struttura Organizzativa accetta documentazione redatta in lingua italiana, inglese, francese e spagnola.

La denuncia può essere inoltrata scrivendo a MAPFRE ASISTENCIA S.A. – Strada Trossi 66 – 13871 Verrone – Biella, o all’indirizzo e-mail ufficio.liquidazione@mapfre.com.

2.4 – Controversie e arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell’Assicurato al Rimborso o all’Indennizzo, o sulla causa o sulla natura delle lesioni, oppure sulla valutazione delle conseguenze attribuibili all’Infortunio, le Parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di Residenza dell’Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d’ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

2.5 – Liquidazione del rimborso

Verificata l’operatività della garanzia, accertata la legittimazione, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il sinistro, Mapfre provvederà al rimborso entro 30 giorni, inviando l’apposito atto di transazione e quietanza.



Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 15/03/2020



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.

PB027150-MAL-EDZ-0320bis | ASSICURAZIONE VIAGGI | RIMBORSO SPESE MEDICHE