

New Neve Sicura

Giornalieri
Plurigiorneri
e Stagionali

Condizioni di Assicurazione



Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Condizioni di Assicurazione del Ramo Danni

Il presente documento contenente:

- **Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della polizza.



Vittoria
Assicurazioni

*Chi protegge se stesso,
protegge gli altri.*

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n° 7 del 16/07/2013, si comunica che sul sito internet dell'Impresa - www.vittoriaassicurazioni.com - è disponibile la sezione "AREA RISERVATA", che consente ad ogni Cliente di consultare la propria posizione assicurativa, registrandosi al Servizio.

Per registrarsi è sufficiente seguire le indicazioni riportate sul sito.

Per ottenere maggiori informazioni sul Servizio o ottenere assistenza sull'utilizzo del sistema è possibile rivolgersi al proprio Intermediario.

Indice

1 - Glossario	pag. 2
2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 5
3 - Norme generali relative alle GARANZIE Assicurative ed alle Prestazioni di Assistenza	pag. 8
4 - Sezione Assistenza – Perdita di Servizi	pag. 10
5 - Sezione Infortuni, Rimborso Spese Mediche e Diaria da Ricovero	pag. 15
6 - Sezione Responsabilità Civile Terzi	pag. 23

1 - Glossario

Ai sottoelencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

ASSICURATO

La persona fisica, indicata in **POLIZZA**, il cui interesse è protetto dall'**ASSICURAZIONE**.

ASSICURAZIONE O CONTRATTO

Il **CONTRATTO** di **ASSICURAZIONE** che disciplina i rapporti tra l'**IMPRESA**, il **CONTRAENTE** e l'**ASSICURATO**.

ASSISTENZA

L'attività di aiuto a persone in difficoltà da erogarsi in natura e cioè le **PRESTAZIONI** di cui alla Sezione **ASSISTENZA**, così come disciplinate dalla presente **POLIZZA**, che sono fornite all'**ASSICURATO** nel momento della difficoltà causata da un **EVENTO** fortuito, da parte dell'**IMPRESA** tramite la propria **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**.

BENEFICIARIO

Gli eredi dell'**ASSICURATO** o le altre persone da questi designate, ai quali l'**IMPRESA** deve corrispondere la **SOMMA ASSICURATA** per il caso morte.

CONSUMATORE

È inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula il **CONTRATTO** di **ASSICURAZIONE** con l'**IMPRESA**.

DIFETTO FISICO

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

EVENTO

L'accadimento fortuito che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più **SINISTRI**.

FRANCHIGIA

La somma stabilita nella **POLIZZA** che viene dedotta dall'ammontare del danno e che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.

GARANZIA

La copertura assicurativa che non rientra nell'**ASSICURAZIONE** "**ASSISTENZA**" e per la quale, in caso di **SINISTRO**, l'**IMPRESA** procede al **RIMBORSO** / **INDENNIZZO** del danno subito dall'**ASSICURATO**.

Sono considerate **GARANZIE** le coperture assicurative di cui alle Sezioni Perdita di Servizi, **RIMBORSO** Spese Mediche e Responsabilità Civile verso Terzi.

IMPRESA

Vittoria Assicurazioni S.p.A.

INDENNIZZO/RIMBORSO

La somma corrisposta all'**ASSICURATO** dall'**IMPRESA** in caso di **SINISTRO**.

INFORTUNIO

L'**EVENTO** dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita irreversibile, anatomica o funzionale, dell'uso di un organo o di un arto che determina la riduzione, totale o parziale, della capacità generica di svolgere una qualsiasi attività lavorativa.

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.

IVASS

L'Istituto per la Vigilanza sulle **ASSICURAZIONI** che, dal 1° gennaio 2013, è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP (Istituto per la vigilanza sulle **ASSICURAZIONI** private), ai sensi del decreto legge 6 luglio 2012 n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini) convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135.

MALATTIA

Ogni improvvisa alterazione dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO**.

MALFORMAZIONE

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

MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA

Somma fino alla cui concorrenza l'assicuratore presta le coperture assicurative previste in **POLIZZA**.

POLIZZA

Il presente documento, complessivamente considerato, che prova l'**ASSICURAZIONE** e regola i rapporti fra le Parti.

PREMIO

La somma di denaro, comprensiva di imposte dovuta dal **CONTRAENTE** all'**ASSICURATO**re quale corrispettivo per la copertura assicurativa prestata.

PRESTAZIONE

L'immediato aiuto fornito da parte dell'**IMPRESA** all'**ASSICURATO**, nel momento della difficoltà, a seguito del contatto e per il tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**.

RESIDENZA

Il luogo in Italia in cui l'**ASSICURATO** ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

RICOVERO

La degenza comportante pernottamento in **ISTITUTO DI CURA**.

SINISTRO

L'**EVENTO** futuro, dannoso e incerto che determina la richiesta di **ASSISTENZA** o di **INDENNIZZO/RIMBORSO** da parte dell'**ASSICURATO**.

STRUTTURA LIQUIDATIVA

La struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI), che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'**IMPRESA**, provvede, per incarico di quest'ultima, alla gestione e liquidazione dei **SINISTRI**, curando il contatto e il rapporto con l'**ASSICURATO**.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), 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 l'**IMPRESA**, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'**ASSICURATO**, ed organizza e eroga, con costi a carico dell'**IMPRESA** stessa, le **PRESTAZIONI** di **ASSISTENZA** previste in **POLIZZA**.

2 - Condizioni Generali di Assicurazione

2.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del **CONTRAENTE** 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 artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.

2.2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il **CONTRAENTE** è esonerato dal comunicare all'**IMPRESA** l'esistenza e la successiva stipulazione di altre **ASSICURAZIONI** per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente.

Resta fermo quanto disposto all'art. 3.2.l) in merito alla coesistenza di diversi assicuratori.

2.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E STIPULA INDIPENDENTE DA ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE

Il **PREMIO** deve essere pagato alla consegna della **POLIZZA**. Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede dell'**IMPRESA**.

La sottoscrizione della presente **POLIZZA**, indipendentemente dalla stipulazione di altre **ASSICURAZIONI** pubbliche o private, presenti o future, impegna il **CONTRAENTE** a mantenere in vita la **POLIZZA** stessa per tutta la durata pattuita e a pagare le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

2.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'**ASSICURAZIONE** devono essere provate per iscritto.

2.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** od alla Direzione della Vittoria Assicurazioni S.p.A., oppure alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** o Liquidativa di Mapfre Asistencia S.A. per i casi contrattualmente previsti.

2.6 PROROGA DELLA POLIZZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E STIPULA INDIPENDENTE DA ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE

Il presente **CONTRATTO** può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Fermo quanto sopra, la **POLIZZA** di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni* prima della scadenza medesima (*30 giorni qualora il **CONTRATTO** sia stipulato con un "CONSUMATORE" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo), è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

La prima rata di **PREMIO** deve essere pagata alla consegna della **POLIZZA**; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il **PREMIO**.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede dell'**IMPRESA**.

La sottoscrizione della presente **POLIZZA**, indipendentemente dalla stipulazione di altre **ASSICURAZIONI** pubbliche o private, presenti o future, impegna il **CONTRAENTE** a mantenere in vita la **POLIZZA** stessa per tutta la durata pattuita e a pagare le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 2.2.

2.7 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente ASSICURAZIONE è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla POLIZZA devono essere adempiuti dal CONTRAENTE, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'ASSICURATO, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

2.8 POLIZZA IN COASSICURAZIONE

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente POLIZZA sia ripartito in quote fra più IMPRESE, ciascuna di esse è tenuta alla PRESTAZIONE in proporzione alla rispettiva quota, quale risulta dalla POLIZZA, esclusa ogni responsabilità solidale.

2.9 IMPOSTE E TASSE

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al PREMIO, alla POLIZZA e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del CONTRAENTE anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'IMPRESA.

2.10 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato, valgono le norme di legge.

2.11 ESTENSIONE TERRITORIALE

La POLIZZA è valida in Italia.

2.12 MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

Fatto salvo il preventivo espletamento delle procedure previste in POLIZZA per la soluzione delle eventuali controversie concernenti le richieste d'INDENNIZZO originate da SINISTRI regolarmente protocollati, per tutte le controversie nascenti o comunque collegate a questo CONTRATTO, per le quali non sia stato possibile raggiungere una soluzione amichevole e per le quali si intenda promuovere un giudizio, è condizione di procedibilità esperire un preliminare tentativo di mediazione, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n.28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche (di seguito "Decreto 28").

Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente.

Si precisa che nel caso in cui il CONTRATTO sia stato stipulato con un "CONSUMATORE" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di RESIDENZA o domicilio elettivo del CONTRAENTE o ASSICURATO.

La parte che viene chiamata in mediazione (sia Vittoria, sia il CONTRAENTE) si riserva il diritto di non partecipare alla procedura di mediazione, motivando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la propria mancata partecipazione.

Laddove il regolamento dell'Organismo prescelto preveda la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line), si conviene che la mediazione sarà iniziata e svolta in tale forma anche se ad aderire sia solo una delle due parti.

In ogni caso la parte istante si impegna:

1. ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del SINISTRO, numero della POLIZZA), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla Compagnia della relativa istanza: mediazione@pec.vittoriaassicurazioni.it;

2. a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà al tentativo il regolamento di mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

2.13 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il **CONTRATTO** sia stipulato da un **CONSUMATORE**, così come definito dal Codice del Consumo, il **CONTRAENTE** ha diritto di recedere dal **CONTRATTO** nei 14 giorni successivi al perfezionamento della **POLIZZA** avvenuto con il pagamento del **PREMIO**, effettuando richiesta scritta a inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.a. Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano.

In tal caso l'**IMPRESA** trattiene la frazione di **PREMIO** relativa al periodo in cui il **CONTRATTO** ha avuto effetto.

3 - Norme generali relative alle Garanzie Assicurative ed alle Prestazioni di Assistenza

3.1 FORME DI COPERTURA, PRESTAZIONI E GARANZIE

Coperture valide solo sulle piste per cui vale lo Skipass (giornaliero, plurigiornaliero, stagionale) durante l'attività sciistica amatoriale di discesa compreso il trasporto sugli impianti.

Forma di Copertura Giornaliera / Plurigiornaliera

(tagli temporali da 1 a 15 gg)

Forma di Copertura Stagionale

(150gg)

L'IMPRESA si impegna a prestare ad ogni singolo ASSICURATO le seguenti PRESTAZIONI e GARANZIE:

- ASSISTENZA
- Perdita dei servizi
- RIMBORSO Spese Mediche
- Responsabilità Civile Terzi
- INFORTUNI

3.2 DISPOSIZIONI GENERALI

- a) Ciascun tipo di PRESTAZIONE/GARANZIA viene erogato fino ad un massimo di tre volte durante il periodo di durata della copertura;
- b) Qualora l'ASSICURATO non usufruisca di una o più PRESTAZIONI/GARANZIE, l'IMPRESA non è tenuta a fornire PRESTAZIONI o RIMBORSI alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.
- c) La STRUTTURA ORGANIZZATIVA o STRUTTURA LIQUIDATIVA non assumono responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata la copertura, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
- d) I MASSIMALI indicati per ogni PRESTAZIONE/GARANZIA debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per Legge.
- e) Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto alle PRESTAZIONI/GARANZIE fornite dall'IMPRESA decade qualora l'ASSICURATO non abbia preso contatto con la STRUTTURA ORGANIZZATIVA o STRUTTURA LIQUIDATIVA al verificarsi del SINISTRO.
- f) Tutte le eccedenze ai MASSIMALI previsti nelle singole PRESTAZIONI/GARANZIE poste a carico dell'ASSICURATO, così come tutti gli anticipi di denaro previsti nelle PRESTAZIONI, verranno concessi compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel paese dove momentaneamente si trova l'ASSICURATO, e a condizione che l'ASSICURATO, anche tramite persona da lui indicata, possa fornire alla STRUTTURA ORGANIZZATIVA adeguate GARANZIE per la restituzione di ogni somma anticipata. L'ASSICURATO deve provvedere al RIMBORSO della somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.
- g) L'IMPRESA, anche per il tramite della STRUTTURA ORGANIZZATIVA o STRUTTURA LIQUIDATIVA, potrà richiedere all'ASSICURATO - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione,

rispetto a quella indicata nella singola **PRESTAZIONE/GARANZIA**, che sia ritenuta necessaria per la definizione del **SINISTRO**.

- h) Ogni diritto nei confronti dell'**IMPRESA** si prescrive entro il termine di due anni dalla data del **SINISTRO** che ha dato origine al diritto alla **PRESTAZIONE/GARANZIA**, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile. Nell'**ASSICURAZIONE** della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'**ASSICURATO** o ha promosso contro di questo l'azione (parte legata all'esistenza della **GARANZIA**).
- i) L'**ASSICURATO** libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del **SINISTRO**, nei confronti dell'**IMPRESA**, della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, della **STRUTTURA LIQUIDATIVA** e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del **SINISTRO** stesso.
- l) A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'**ASSICURATO** che godesse di **PRESTAZIONI/GARANZIE** analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei **CONTRATTI** sottoscritti con altra **IMPRESA** di **ASSICURAZIONE**, è fatto obbligo di dare avviso del **SINISTRO** ad ogni **IMPRESA** assicuratrice nel termine di tre giorni a pena di decadenza. Nel caso in cui l'**ASSICURATO** attivasse altra **IMPRESA**, le **PRESTAZIONI/GARANZIE** previste dalla presente **POLIZZA** saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale **RIMBORSO** all'**ASSICURATO** degli eventuali maggiori costi a Lui addebitati dall'**IMPRESA** assicuratrice che ha erogato direttamente la **PRESTAZIONE**.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nel presente articolo, si applicano le disposizioni di legge. Non sono fornite **PRESTAZIONI/GARANZIE** in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, o che comunque fossero indicati come Paesi sconsigliati nelle comunicazioni ufficiali del Ministero degli Esteri e nel sito web www.viaggiareassicuri.it.

3.3 PERSONE ASSICURABILI, LIMITI DI ETÀ

Sono ammesse all'**ASSICURAZIONE** le persone domiciliate in Italia con età inferiore agli 80 anni al momento della sottoscrizione della **POLIZZA**.

Qualora l'**ASSICURATO** raggiunga l'ottantesimo anno di età in corso di **CONTRATTO**, l'**ASSICURAZIONE** manterrà la sua validità fino alla scadenza.

3.4 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate.

La sopravvenienza in corso di **POLIZZA** delle predette situazioni a carico dell'**ASSICURATO** costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'**ASSICURAZIONE**, senza obbligo da parte dell'**IMPRESA** di fornire **PRESTAZIONI** e liquidare **RIMBORSI** od **INDENNIZZI**.

Le persone con menomazioni fisiche, mutilazioni, postumi di pregresse **MALATTIE** gravi e permanenti sono assicurabili solo con patto speciale.

Resta in ogni caso confermato il disposto dell'art. 3.3 "Persone assicurabili, limiti di età".

3.5 VALUTA DI PAGAMENTO

Gli **INDENNIZZI** ed i **RIMBORSI** vengono corrisposti in Italia in Euro.

4 - Sezione Assistenza – Perdita Servizi

(Prestazioni operanti solo se selezionate nel Modulo di Adesione)

4.1 OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

L'ASSICURAZIONE è prestata in seguito a SINISTRI, indennizzabili a termini di POLIZZA, occorsi all'ASSICURATO nelle aree sciabili attrezzate e aperte al pubblico del comprensorio per cui è valido lo skypass e per il periodo di validità dello stesso, durante l'attività sciistica di discesa compreso il trasporto sugli impianti di risalita.

4.2 PRESTAZIONI – ASSISTENZA

1 - Rientro dell'ASSICURATO convalescente

(La PRESTAZIONE è valida per skipass con durata superiore a 3 giorni consecutivi) Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO occorso sulle piste che abbia comportato un RICOVERO, necessitasse di rientrare alla propria RESIDENZA, l'IMPRESA, per il tramite della STRUTTURA ORGANIZZATIVA, predisporrà direttamente il rientro dall'ISTITUTO DI CURA al luogo di RESIDENZA dell'ASSICURATO convalescente in una data e con un mezzo diversi da quelli inizialmente previsti, mettendo a disposizione un biglietto aereo in classe economica e/o ferroviario ordinario in prima classe. L'IMPRESA terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 5.000,00 per SINISTRO.

2 - Consulenza medica telefonica

Qualora l'ASSICURATO necessitasse di informazioni e/o consigli medici a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO occorso sulle piste, potrà mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della STRUTTURA ORGANIZZATIVA, che forniranno un servizio di ASSISTENZA medica dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 17:00. Si precisa che tale PRESTAZIONE non fornisce diagnosi ed è basata sulle dichiarazioni dell'ASSICURATO e sulle informazioni da lui fornite a distanza.

3 - Informazioni sulla degenza

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO occorso sulle piste, fosse ricoverato sul luogo del SINISTRO presso un ISTITUTO DI CURA, la STRUTTURA ORGANIZZATIVA provvederà ad aggiornare i familiari a casa (in seguito a loro specifica richiesta) relativamente alle condizioni di salute dello stesso, fornendo le notizie cliniche di cui è a conoscenza, previa acquisizione della liberatoria firmata dall'ASSICURATO.

4 - Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO occorso sulle piste, debba sostenere delle spese impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, l'IMPRESA, per tramite della STRUTTURA ORGANIZZATIVA, provvederà ad anticipargli l'importo massimo di € 2.000,00 per SINISTRO. La PRESTAZIONE viene garantita a condizione che l'ASSICURATO fornisca adeguate GARANZIE bancarie scritte per la restituzione della somma anticipata. L'ASSICURATO deve comunicare alla STRUTTURA ORGANIZZATIVA la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della GARANZIA di restituzione dell'importo anticipato. La PRESTAZIONE non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta la violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'ASSICURATO. L'ASSICURATO deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine, dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

5 - Segnalazione di un medico specialista

Qualora l'ASSICURATO, a seguito di INFORTUNIO occorso sulle piste, avesse bisogno di una visita specialistica, l'IMPRESA, per tramite della STRUTTURA ORGANIZZATIVA, gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

6 - Ricerca di centri diagnostici

Qualora l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** occorso sulle piste, debba sottoporsi ad analisi e/o accertamento diagnostico, l'**IMPRESA**, per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità esistenti, individuerà ed indicherà all'**ASSICURATO**, il centro diagnostico più vicino ed adeguato rispetto alle sue esigenze.

7 - Invio di un fisioterapista

Qualora l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** occorso sulle piste, indipendentemente da **RICOVERO** e/o intervento chirurgico, necessitasse di essere assistito da un fisioterapista, l'**IMPRESA**, per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, invierà, una volta accertata la necessità della **PRESTAZIONE** attraverso la valutazione della prescrizione medica del medico curante, uno specialista presso la sua **RESIDENZA**, compatibilmente con le disponibilità locali. L'**IMPRESA** terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 100,00 per **SINISTRO**.

8 - Collaboratrice familiare

Qualora l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** occorso sulle piste, sia stato ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 3 (tre) giorni e risultasse temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, l'**IMPRESA**, per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, una volta accertata la necessità della **PRESTAZIONE** attraverso la valutazione della prescrizione medica del medico curante, segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona di **RESIDENZA** dell'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali. L'**IMPRESA** terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 100,00 per **SINISTRO**.

4.3 ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** potrà telefonare, in qualsiasi momento, alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** in funzione 24 ore su 24, al:

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

o inviare una mail a:

assistenza@mapfre.com

oppure un fax al numero:

+39 015 2559604

Mapfre Asistencia S.A. Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI)

In ogni caso si dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di **ASSISTENZA** di cui necessita;
- cognome e nome;
- codice fiscale;
- numero dello skipass;
- luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a richiamare l'**ASSICURATO** nel corso dell'**ASSISTENZA**.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** potrà richiedere all'**ASSICURATO** - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'**ASSISTENZA**.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** accetta documentazione redatta in lingua italiana, inglese, francese e spagnola. 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 esplicitamente l'effettuazione.

4.4 SEZIONE PERDITA DI SERVIZI

4.4.1 RIMBORSO DEL COSTO DI NOLEGGIO ATTREZZATURA SPORTIVA

(La **PRESTAZIONE** è valida per skipass con durata superiore a 3 giorni consecutivi)

A seguito di **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** occorso sulle piste, l'**IMPRESA**, per il tramite della **STRUTTURA LIQUIDATIVA**, rimborserà il costo del noleggio del materiale da sci sostenuto nello stesso periodo di validità dello skipass già pagato e non utilizzato. L'**ASSICURATO** dovrà produrre il documento fiscale o documentazione equipollente nominativa comprovante l'affitto dell'attrezzatura, unitamente ad opportuna certificazione attestante la prognosi medica. La **GARANZIA** è prestata fino alla concorrenza di una somma massima di € 150,00 per **SINISTRO**, con il limite di € 30,00 al giorno fino ad un massimo di 5 giorni residui.

4.4.2 RIMBORSO DEL COSTO DELLO SKIPASS

(La **PRESTAZIONE** è valida per skipass con durata superiore a 3 giorni consecutivi)

A seguito di **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** occorso sulle piste che abbia comportato l'intervento medico o paramedico d'urgenza sulle piste, l'**IMPRESA**, per il tramite della **STRUTTURA LIQUIDATIVA**, rimborserà lo skipass non goduto per il periodo di convalescenza successivo al verificarsi del **SINISTRO**. La copertura è operante a condizione che:

a) lo skipass non sia stato utilizzato dopo la data dell'**INFORTUNIO**

e

b) la denuncia del **SINISTRO** sia avvenuta entro e non oltre 10 (dieci) giorni dal verificarsi dell'**EVENTO**.

In seguito alla valutazione della documentazione medica ricevuta, l'**IMPRESA**, per tramite della **STRUTTURA LIQUIDATIVA**, rimborserà all'**ASSICURATO** una somma pari al costo sostenuto per lo skipass già pagato e non usufruibile, suddiviso per il numero di giorni della sua durata e moltiplicato per la durata residua dello stesso (dalla data di accadimento del **SINISTRO** alla data del termine della prognosi o, qualora superiore, alla data di chiusura degli impianti), previa applicazione di una **FRANCHIGIA** fissa di:

- € 30,00 per gli skipass plurigiornalieri compresi tra i 4 e i 6 giorni consecutivi;
- € 50,00 per gli skipass plurigiornalieri compresi tra i 7 e i 15 giorni consecutivi;
- € 100,00 per gli skipass stagionali.

4.5 ISTRUZIONI IN CASO DI SINISTRO

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** dovrà effettuare, entro e non oltre 10 giorni dal verificarsi dell'**EVENTO**, una denuncia scrivendo a MAPFRE ASISTENCIA S.A. – Strada Trossi 66 – 13871 Verrone – Biella, o all'indirizzo e-mail ufficio.liquidazione@mapfre.com, fornendo le seguenti informazioni e documenti:

- dati anagrafici, codice fiscale e recapiti;
- circostanze dell'**EVENTO**;
- certificato di Pronto Soccorso, redatto sul luogo del **SINISTRO**, riportante la lesione sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'**INFORTUNIO** subito;
- certificato medico riportante i giorni di prognosi;
- originale dello skipass e della fattura di pagamento del noleggio dell'attrezzatura sportiva.

La **STRUTTURA LIQUIDATIVA** potrà richiedere all'**ASSICURATO** - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla valutazione del **SINISTRO**.

La **STRUTTURA LIQUIDATIVA** accetta documentazione redatta in lingua italiana, inglese, francese e spagnola. Ove richiesto, sarà necessario inviare gli **ORIGINALI** (non fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture e/o ricevute delle spese.

4.6 ESCLUSIONI OPERANTI PER LE SEZIONI ASSISTENZA E PERDITA SERVIZI

La **PRESTAZIONE/GARANZIA** non è operante 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. 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. 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 **PRESTAZIONE/GARANZIA** non è operante:

- a) qualora si verificano le dimissioni volontarie dell'**ASSICURATO** contro il parere dei sanitari dell'**ISTITUTO DI CURA** presso la quale egli si trova ricoverato;

- b) epidemie e/o pandemie relative alla popolazione civile dichiarate dalle autorità competenti (a titolo esemplificativo e non limitativo, I.S.S. e/o O.M.S.);
- c) quarantene;
- d) circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio 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. Pertanto tutte le **PRESTAZIONI** erogate per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA/STRUTTURA LIQUIDATIVA** saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

L'**IMPRESA** non prende inoltre in carico gli **EVENTI** conseguenti a:

- a) 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 scongiato di recarsi;
- b) sport/attività comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore (a titolo esemplificativo e non esaustivo: rally, karting, motocross, offshore, motonautica e simili);
- c) guida ed uso di deltaplani ed altri veicoli ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere;
- d) pattinaggio sul ghiaccio, guidoslitta, bob, escursioni con slitta trainata da cani, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci;
- e) sport acrobatici e estremi;
- f) sport costituenti per l'**ASSICURATO** attività professionale, principale o secondaria e ogni tipo di gara d'avventura, agonistica o professionale.

5 - Sezione Infortuni, Rimborso Spese Mediche e Diaria da Ricovero

(Prestazioni operanti solo se selezionate nel Modulo di Adesione)

5.1 RIMBORSO SPESE MEDICHE E DIARIA DA RICOVERO

L'IMPRESA rimborsa, in caso di INFORTUNIO dell'ASSICURATO, le spese mediche effettivamente sostenute. La SOMMA ASSICURATA è riportata sul semplice di POLIZZA con FRANCHIGIA fissa di € 50.

In alternativa alla GARANZIA RIMBORSO Spese Mediche, può essere attivata la GARANZIA DIARIA DA RICOVERO con un pagamento di un INDENNIZZO giornaliero pari all'importo riportato sul semplice di POLIZZA. La presente GARANZIA è attivabile in caso di RICOVERO avvenuto entro 48 ore dall'INFORTUNIO.

In questo caso, l'ASSICURATO o gli aventi diritto, in caso di SINISTRO devono presentare copia integrale della cartella clinica.

Sono comprese:

- a) spese di trasporto dal luogo dell'EVENTO al centro medico di pronto soccorso o di primo RICOVERO;
- b) spese mediche di 1° soccorso sostenute sul luogo dell'INFORTUNIO;
- c) spese mediche per acquisto di apparecchi ortopedici - busti - collari;
- d) spese mediche per visite specialistiche;
- e) spese mediche ticket sanitari;
- f) spese mediche ticket per trattamenti fisioterapici;
- g) accertamenti diagnostici effettuati privatamente.

Relativamente al punto a) non si applica la FRANCHIGIA di € 50.

5.2 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. 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 relative alla popolazione civile dichiarate dalle autorità competenti (a titolo esemplificativo e non limitativo, I.S.S. e/o O.M.S.);
- c) quarantene;
- d) circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio 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. Pertanto tutte le **PRESTAZIONI** erogate per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA/STRUTTURA LIQUIDATIVA** saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

L'**IMPRESA** non prende inoltre in carico gli **EVENTI** conseguenti a:

- e) 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 scongiato di recarsi;
- 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) 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, pattinaggio sul ghiaccio, guidoslitta, bob, escursioni con slitta trainata da cani, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci;
- i) sport acrobatici e estremi;
- j) sport costituenti per l'**ASSICURATO** attività professionale, principale o secondaria e ogni tipo di gara d'avventura, agonistica o professionale.

5.3 ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA / DENUNCIA SINISTRI

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata

la **POLIZZA**, oppure all'**IMPRESA**, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del **SINISTRO** deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'**EVENTO**, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'**ASSICURATO** o, in caso di morte, i **BENEFICIARI**, devono consentire all'**IMPRESA** le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO** (art. 1915 del Codice Civile).

5.4 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5.5 LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO

Verificata l'operatività della **GARANZIA**, accertata la legittimazione, ricevuta la necessaria documentazione e valutato il **SINISTRO**, l'**IMPRESA** provvederà al **RIMBORSO** entro 30 giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.

5.6 INFORTUNI

L'**ASSICURAZIONE** si intende operante durante l'attività sciistica amatoriale di discesa compreso il trasporto sugli impianti.

La **GARANZIA** è valida fino alla concorrenza, per singolo **ASSICURATO**, della **SOMMA ASSICURATA** prescelta indicata in **POLIZZA**.

Sono compresi in **GARANZIA** anche:

- gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di tutti i veicoli a motore e natanti; .
- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze; .

- l'annegamento;
- la folgorazione;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole, di calore o di freddo;
- le infezioni e gli avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali;
- gli **INFORTUNI** subiti in stato di malore, di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
- gli **INFORTUNI** derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
- le lesioni determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle fratture di ogni natura
- gli **INFORTUNI** derivanti da tumulti popolari o da atti di vandalismo, attentati, a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva.

5.7 MORTE

Se l'**INFORTUNIO** ha come conseguenza la morte e la stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della **POLIZZA**, entro due anni dal giorno dell'**INFORTUNIO**, l'**IMPRESA** corrisponde la **SOMMA ASSICURATA** ai **BENEFICIARI** designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'**ASSICURATO** in parti uguali.

L'**INDENNIZZO** per il caso di morte non è cumulabile con quello per **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un **INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE**, l'**ASSICURATO** muore in conseguenza del medesimo **INFORTUNIO**, l'**IMPRESA** corrisponde ai **BENEFICIARI** designati o, in difetto, agli eredi dell'**ASSICURATO** in parti uguali, soltanto la differenza tra l'**INDENNIZZO** per morte - se superiore - e quello già pagato per **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

5.8 MORTE PRESUNTA

Qualora l'**ASSICURATO** sia scomparso a seguito di **INFORTUNIO** indennizzabile ai sensi di **POLIZZA** e il corpo non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, l'**IMPRESA** corrisponde ai **BENEFICIARI** la **SOMMA ASSICURATA** per il caso di morte.

La liquidazione avverrà dopo che sia trascorso un anno dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Se dopo il pagamento dell'**INDENNIZZO**, è provata l'esistenza in vita dell'**ASSICURATO**, l'**IMPRESA** ha diritto di agire nei confronti sia dei **BENEFICIARI** sia dell'**ASSICURATO** stesso per la restituzione della somma corrisposta. A restituzione avvenuta, l'**ASSICURATO** potrà far valere i propri diritti per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** eventualmente residua.

5.9 INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'**INFORTUNIO** ha come conseguenza l'**INVALIDITÀ PERMANENTE**, l'**INDENNIZZO** è dovuto solo se l'invalidità stessa si sia verificata (anche successivamente alla scadenza dell'**ASSICURAZIONE**) entro due anni dal giorno dell'**INFORTUNIO**.

L'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** Parziale è calcolato sulla **SOMMA ASSICURATA** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** totale, in proporzione al grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertata in base ai valori indicati nella [Tabella annessa al Testo Unico sull'ASSICURAZIONE obbligatoria contro gli INFORTUNI - Industria - approvata con D.P.R. 30/06/1965 n° 1124 come in vigore al 24 luglio 2000.](#)

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato **SINISTRO** e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** non specificati nella tabella di cui sopra, l'**INDENNIZZO** è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'**ASSICURATO**.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, **con il massimo del 100%**.

5.10 FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La liquidazione dell'indennità dovuta per **INVALIDITÀ PERMANENTE** verrà determinata applicando una **FRANCHIGIA** relativa del 30%.

Pertanto, l'**IMPRESA** non liquida alcuna indennità se l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** parziale è di grado non superiore al 30% della totale.

Se invece l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** parziale è di grado superiore al 30% della totale, l'**IMPRESA** liquida l'indennità senza applicazione della franchigia.

Resta inteso che, per **INVALIDITÀ PERMANENTE** parziale di grado pari o superiore al 65% della totale, l'indennità verrà liquidata come se l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** fosse totale, corrispondendo l'intera **SOMMA ASSICURATA** per il caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

5.11 ESCLUSIONI INFORTUNI

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, saccheggi, scioperi, tumulti popolari (salvo quanto previsto agli artt. 2.1 "**INFORTUNI**" e 2.7 "**INFORTUNI** causati da guerra e insurrezione");
9. atti vandalici (salvo quanto previsto all'art. 2.1 "**INFORTUNI**");
10. contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
11. 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;
12. trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;

13. inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
14. partecipazione a campionati sportivi, prove eliminatorie, esercitazioni ufficialmente organizzate o allenamenti in vista di detti **EVENTI**;
15. cura o eliminazione di **DIFETTI FISICI** o **MALFORMAZIONI** congenite;
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.

Sono inoltre esclusi dall'**ASSICURAZIONE** gli **INFORTUNI** causati da /conseguenti a:

- a) uso e/o guida di veicoli o natanti a motore, nella partecipazione a corse, gare (e relative prove, collaudi, allenamenti), salvo che si tratti di regolarità pura;
- b) uso e/o guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici e automobilistici;
- c) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'**ASSICURATO** è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo nel caso di **SINISTRO** causato da Conducente in possesso di patente scaduta da non oltre un anno, purché rinnovata entro 6 mesi dalla data del **SINISTRO**, alle stesse condizioni di validità e prescrizioni precedentemente esistenti, e, comunque, idonea a condurre veicoli o natanti della medesima categoria di quello coinvolto nel **SINISTRO**. Fa eccezione il caso in cui il mancato rinnovo sia imputabile alle conseguenze fisiche subite dal conducente nel **SINISTRO**;
- d) nel caso di veicolo guidato da persona in stato di ebbrezza e nei cui confronti sia stata ravvisata la violazione dell'art. 186 del Codice della Strada e successive modifiche;
- e) nel caso di veicolo guidato da persona sotto l'influenza di sostanze stupefacenti e nei cui confronti sia stata ravvisata la violazione dell'art. 187 del Codice della Strada e successive modifiche;
- f) durante la circolazione in strutture aeroportuali, dove non hanno libero accesso i veicoli privati;
- g) uso, anche come passeggero, di aeromobili (salvo quanto previsto all'art. 2.6 "Rischio volo"), da guida ed uso di deltaplani ed altri veicoli ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere;
- h) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da **INFORTUNIO**;
- i) 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, pattinaggio sul ghiaccio, guidoslitta, bob, escursioni con slitta trainata da cani, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci;
- j) pratica di sport acrobatici e estremi;
- k) pratica di sport costituenti per l'**ASSICURATO** attività professionale, principale o secondaria e ogni tipo di gara d'avventura, agonistica o professionale.

5.12 CRITERI DI INDENNIZZO

L'**IMPRESA** corrisponde l'**INDENNIZZO** per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'**INFORTUNIO**.

Se al momento dell'**INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO** non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'**INFORTUNIO** avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'art. 2.4 "**INVALIDITÀ PERMANENTE**" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Relativamente alla **GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE** se l'**ASSICURATO**, per causa indipendente dall'**INFORTUNIO** che ha determinato un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** a suo carico, **decade**:

- prima che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dall'**IMPRESA**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai **BENEFICIARI** designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli **eredi individuati** secondo le norme della **successione legittima o testamentaria**, purché i postumi permanenti siano obiettivamente accertabili sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dall'**IMPRESA**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto ai **BENEFICIARI** designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, agli **eredi individuati** secondo le norme della **successione legittima o testamentaria**.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti e/o sulla loro quantificazione, resta salva la facoltà delle parti di ricorrere all'**arbitrato irrituale**.

5.13 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA**, oppure all'**IMPRESA**, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del **SINISTRO** deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'**EVENTO**, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'**ASSICURATO** o, in caso di morte, i **BENEFICIARI**, devono consentire all'**IMPRESA** le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO** (art. 1915 del Codice Civile).

5.14 CRITERI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, l'**IMPRESA** procederà alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento, al netto della **FRANCHIGIA** ove prevista.

5.15 LIMITI DI INDENNIZZO PER SINISTRO COLLETTIVO

Qualora un **SINISTRO**, indennizzabile ai sensi di **POLIZZA**, colpisca contemporaneamente più **ASSICURATI**, l'esborso a carico dell'**IMPRESA** non potrà superare la somma complessiva di € 2.500.000.

Qualora gli **INDENNIZZI** liquidabili ai sensi di **POLIZZA** eccedessero, nel complessivo, tali importi, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

La presente limitazione non si applica per la **GARANZIA** di cui all'art. 2.6 "Rischio Volo".

5.16 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5.17 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, con moneta legalmente in corso al momento del **SINISTRO**, presso la sede dell'**IMPRESA** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dalla data della liquidazione.

Per quanto riguarda la **GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE** è prevista la seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti derivanti dall'**INFORTUNIO**, e **comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del SINISTRO**, l'**IMPRESA** invia all'**ASSICURATO** raccomandata o PEC recante l'**invito a visita medico legale**;
- la **proposta di liquidazione** viene formulata nel termine di 60 giorni dalla data della visita medico legale predisposta dall'**IMPRESA**;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, l'**IMPRESA** trasmette all'**ASSICURATO** l'atto di transazione e quietanza.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** viene effettuato nel termine di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.

6 - Sezione Responsabilità civile verso terzi

(Prestazioni operanti solo se selezionate nel Modulo di Adesione)

6.1 RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI

L'IMPRESA tiene indenne l'ASSICURATO di quanto questo sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose e persone in conseguenza di fatto avvenuto sulle piste da sci. La SOMMA ASSICURATA è pari al MASSIMALE indicato sul semplice di POLIZZA. È prevista una FRANCHIGIA di € 500 per danni a cose.

6.2 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi:

- il coniuge, il convivente more uxorio, i genitori, i figli di tutti i soggetti ASSICURATI, nonché qualsiasi parente e affine con lui convivente;
- le persone che, indipendentemente dalla natura del loro rapporto con l'ASSICURATO, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizi

6.3 ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni derivanti:

- dalla pratica di sport costituenti per l'ASSICURATO attività professionale, principale o secondaria e ogni tipo di gara d'avventura, agonistica o professionale;
- 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, pattinaggio sul ghiaccio, guidoslitta, bob, escursioni con slitta trainata da cani, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci;
- da 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;
- da atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;
- da o in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici e simili);
- direttamente e/o indirettamente, seppur in parte:
 - da amianto o da qualsiasi altra sostanza o prodotto contenente in qualunque forma o misura amianto;
 - da campi elettromagnetici
 - da prodotti geneticamente modificati (OGM).

6.4 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

È necessario presentare, all'Agenzia alla quale è assegnata la POLIZZA oppure all'IMPRESA, il verbale redatto in tempo reale da parte del soccorso sulle piste con la dinamica e i dati significativi dell'incidente.

La copertura opera in secondo rischio se l'ASSICURATO ha altre POLIZZE in corso per il medesimo rischio.

6.5 PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Verificata l'operatività della GARANZIA, accertata la legittimazione del danneggiato o di chi per esso, ricevuta la necessaria documentazione, quantificato e concordato il danno, la Società provvede alla liquidazione del risarcimento entro 30 giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.

L'**IMPRESA** paga il risarcimento concordato nel termine di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

Vittoria Assicurazioni - Società per Azioni
Sede Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano - Italia
Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato
Codice Fiscale e numero d'iscrizione del Registro
Imprese di Milano 01329510158 - R.E.A. N. 54871
Iscritta all'albo Imprese di Assicurazione e
Riassicurazione Sez. 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.

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/11/2021



Vittoria
Assicurazioni

*Chi protegge se stesso,
protegge gli altri.*

PB27181-CGA-EDZ1121 | New Neve Sicura