



INFORMAZIONI SULLE POLIZZE ASSICURATIVE 2021

gennaio 2021

INFORMAZIONI GENERALI

La convenzione Multirischi (Infortuni e Responsabilità Civile verso Terzi) stipulata dall'Associazione garantisce gli Associati durante le attività svolte in ambito associativo. Le garanzie sono prestate senza limiti di età.

LE GARANZIE SONO OPERANTI QUANDO

nella qualità di soci, si partecipa alle attività organizzate dall'ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI

POLIZZA INFORTUNI n° 84004

L'Infortunio è un evento generato da causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che determinano la morte, un'invalidità permanente, la necessità di cure mediche.

Tale evento è coperto dalla polizza Infortuni durante le attività scout.

La garanzia Infortuni è operante anche per i rischi di viaggio, compresi gli spostamenti necessari, con qualunque mezzo di locomozione, per il tragitto "domicilio del socio-luogo di svolgimento dell'attività".

La polizza Infortuni è valida in tutto il Mondo.

ESCLUSIONI

✖ Sono escluse dalla copertura assicurativa le attività sportive tra cui:

1. la pratica di paracadutismo;
2. salto dal trampolino con sci, bob
3. pugilato
4. deltaplano
5. sport aerei in genere
6. sport svolto a titolo professionistico

✓ Le seguenti attività sportive sono anche escluse dalla copertura assicurativa ordinaria, ma per la loro pratica può essere attivata un'estensione della polizza con il pagamento di un apposito premio, come più avanti specificato:

1. l'alpinismo con scalata di rocce di grado oltre il terzo grado della scala U.I.A.A.
2. l'arrampicata oltre il terzo grado
3. la speleologia

Relativamente agli Infortuni, sono rimborsabili – entro il limite della somma assicurata (**euro 10.000,00**) – le spese sostenute e documentate. È prevista una franchigia minima di € 150,00 a carico dell'assicurato.

SPESE MEDICHE

Entro il limite della somma assicurata e sempreché sostenute in dipendenza degli eventi garantiti dalle condizioni di base sezione infortuni la Società rimborsa le spese sostenute per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento);

- b) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami diagnostici;
- c) rette di degenza, con esclusione delle spese voluttuarie quali bar, televisione, telefono;
- d) l'acquisto di protesi sostitutive di parti anatomiche (comprese le protesi oculari e quelle dentarie), tutori ortopedici, stampelle o bastoni canadesi, noleggio di sedie a rotelle;
- e) il trasporto con ambulanza in Istituto di cura, nonché il ritorno o il trasferimento da un istituto di cura all'altro fino alla concorrenza di € 300,00 per evento;
- f) Le cure dentarie (anche extra ricovero), rese necessarie dall'infortunio fino alla concorrenza di € 3.000,00, con scoperto del 10%, sempreché l'infortunio sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista;
- g) le spese relative alla riparazione e/o sostituzione di lenti a contatto o occhiali, rese necessarie in conseguenza dell'infortunio;
- h) le spese di viaggio, limitatamente alle spese di andata e ritorno e/o pernottamento di parenti (genitori o appartenenti al nucleo familiare).
- i) noleggio di attrezzatura specialistica per la riabilitazione domiciliare fino ad un massimo di € 200,00;
- j) in conseguenza di lesione indennizzabile a termine di polizza e dietro prescrizione medica è previsto il rimborso delle spese sostenute per trattamento riabilitativo (es. ginnastica riabilitativa).

Salvo quanto diversamente previsto si applica una franchigia a carico dell'Assicurato di € 150,00 per ogni infortunio. La franchigia non si applica per le lettere i), j) soprariportate.

Inoltre, le garanzie prestate alle lettere a), b), c), d), e), h) ed i), vengono estese a tutti gli infortuni che non hanno come conseguenza una lesione prevista nella tabella allegata, purché comprovati da idonea certificazione medica. Tali casi vengono risarciti fino ad un massimo indennizzo per sinistro di € 700,00 con scoperto del 25% e con un minimo di € 50,00.

Inoltre, in caso di ricovero ospedaliero superiore ai 30 gg., vengono rimborsate le spese di viaggio previste per l'andata e ritorno (tragitto casa – ospedale).

Dette spese di viaggio potranno essere richieste:

- per i soci minorenni tutte le volte che sarà necessario;
- per i soci maggiorenni un solo viaggio;
- NEI LIMITI DEI CAPITALI ASSICURATI previsti nella garanzia SPESE MEDICHE quando la percorrenza kilomtrica (tragitto casa – ospedale) è superiore ai 30 km;
- se il percorso viene effettuato con autoveicolo vengono corrisposti € 0,35 a Kilometro sempreché le spese siano documentate con l'esclusione del rimborso pedaggio autostradale e del carburante.

DANNO ESTETICO

La Compagnia rimborsa le spese documentate e sostenute per le spese per interventi di chirurgia plastica per infortuni con lesioni al viso con sfregi e deformazioni permanenti, per le persone fino a 50 anni di età, fino ad un massimo di € 5.000,00.

CAMERA IPERBARICA

Nella garanzia "spese di ricovero" sono comprese le spese relative all'utilizzo di camera iperbarica anche se non ubicata presso strutture ospedaliere.

DIRITTO DI SURROGA

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa al diritto di surroga verso i terzi responsabili della lesione.

LA TABELLA LESIONI:

È un metodo innovativo rispetto al tradizionale sistema di valutazione che, considera come evento indennizzabile la lesione e non più i postumi di invalidità permanente.

La tabella prevede una gamma completa di Lesioni per ognuna delle quali è stabilito un valore di indennizzo dovuto in caso di sinistro.

Le voci inserite nella Tabella, definite con l'ausilio di medici legali, hanno un'origine precisa nell'ambito della traumatologia sportiva, comprendendo tutti gli eventi statisticamente verificatisi nell'ambito delle attività organizzate dall'ASSOCIAZIONE e riconducendo gli stessi nelle voci di lesione.

Valutando le lesioni invece dei postumi di invalidità permanente, di fatto si superano le barriere delle franchigie.

Per alcune lesioni, come ad esempio quelle sotto riportate, è prevista l'**elevazione dell'indennizzo**:

- Le fratture **“scomposte”** determineranno una **maggiorazione del 20%** sulla somma indennizzata per la corrispondente lesione; le fratture **esposte** determineranno una **maggiorazione del 50%**, salvo per le fratture biossee di avambraccio e arti inferiori espressamente tabellate. Le maggiorazioni non sono cumulabili tra loro.
- Qualora la lesione riportata dall'assicurato produca allo stesso, nell'arco di 60 giorni dall'evento, tetraplegia o paraplegia, gli verrà indennizzato un capitale pari a quello spettante per il caso morte.
- Per i casi di **lesioni legamentose** l'indennizzo a termini di polizza è previsto esclusivamente a seguito di intervento chirurgico effettuato entro sei mesi dal prodursi dell'evento stesso.

✖ La polizza non copre i rischi derivanti da stato di guerra o insurrezione, o altre situazioni politico-geografiche.

INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero superiore a 3 giorni in Ospedale o Istituto di Cura a seguito di lesione, l'Assicurato ha diritto all'indennità garantita per ogni giorno di ricovero completo (€ 20,00 al giorno) con il limite massimo di 100 giorni per sinistro ed anno assicurativo.

DIARIA DA GESSO (mobilizzante e inamovibile)

In caso di applicazione del gesso per frattura accertata con RX, verrà riconosciuta una diaria pari ad € 20,00 al giorno con una franchigia di 5 giorni, fino a un massimo di 30 giorni.

PERDITA ANNO SCOLASTICO

In favore di soci FSE studenti che frequentano scuole italiane di istruzione primaria e secondaria, in caso di lesione rientrante nella garanzia prestata che, a motivo della entità delle lesioni, dovesse comportare l'impossibilità alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società liquida un'indennità pari ad un importo di € 1.100,00.

La predetta garanzia è operante anche nei confronti degli studenti soci FSE che frequentano scuole nella Repubblica di S. Marino, nonché scuole straniere situate nel territorio della Repubblica Italiana.

ESTENSIONE RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che da Società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e da aeroclubs.

L'assicurazione vale dal momento in cui il socio sale a bordo dell'aeromobile fino al momento nel quale ne è disceso.

Il totale delle somme garantite per infortuni aeronautici Assicurati con la presente polizza o con altre polizze stipulate dagli stessi Assicurati o dalla ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI è di:

PER PERSONA:	CASO MORTE	1.033.000,00
	CASO INVALIDITA' PERMANENTE	1.033.000,00
PER AEROMOBILE:	CASO MORTE	5.165.000,00
	CASO INVALIDITA' PERMANENTE	5.165.000,00

LE GARANZIE INFORTUNI SONO PRESTATE CON I SEGUENTI CAPITALI:

In caso di morte	Euro	170.000,00
LESIONI	COME DA TABELLA IN APPENDICE	
Spese mediche da infortunio	Euro	10.000,00
Indennità giornaliera per ricovero da infortunio	Euro	20,00
Indennità forfettaria da gesso	Euro	20,00

GARANZIA DEDICATA AI SOLI SOCI ADULTI**DIARIA DA MALATTIA IN CASO DI RICOVERO:**

In caso di ricovero in ospedale o istituto di cura pubblico o privato con almeno un giorno di pernottamento, reso necessario da malattia contratta in servizio o per causa di servizio, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera di € 40 garantita per ogni giorno di ricovero completo, con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo.

Sono escluse:

- le malattie ricollegabili a situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;
- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;
- le psicosi in genere e le sindromi nevrotiche e caratteriali;
- gli eventuali ricoveri conseguenti a contagio accidentale da virus Hiv.
- Le malattie mentali e le conseguenze dirette/indirette da pandemia/covid 19.

Diaria da ricovero per covid 19:

In caso di ricovero in ospedale o istituto di cura pubblico o privato con almeno un giorno di pernottamento, reso necessario da malattia infettiva (covid19-sars2) contratta in servizio o per causa di servizio, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera di € 20 garantita per ogni giorno di ricovero completo, con il limite massimo di 20 giorni per anno assicurativo.

Sono escluse:

- le situazioni patologiche preesistenti alla decorrenza dell'assicurazione;
- le malattie contratte per causa diversa da quella di servizio;
- le malattie contratte per cause diverse da covid 19.

DENUNCIA SINISTRI:

Di seguito i contatti

Per l'invio delle denunce e della successiva documentazione:

- 1) Per Raccomandata A/R all'indirizzo: MARSH SpA - CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI FSE - Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA - 20159 MILANO
- 2) Per PEC all'indirizzo: marsh@cert.marsh.it e p.c. info.fse@marsh.com
- 3) Registrandosi per l'upload sul portale dedicato dell'Ufficio sinistri (dove successivamente sarà possibile seguire anche lo stato della pratica): <https://www.marshsat.com/msatpublic/fse>

PER INFORMAZIONI E CHIARIMENTI SULLE PRATICHE APERTE:

- ❖ MARSH S.p.A.
Ufficio sinistri:
Tel. 02/48538556
Orario: martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00 e mercoledì dalle 14.30 alle 17.30
e-mail: info.fse@marsh.com

- ❖ Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici
Segreteria Nazionale:
Tel. 06 5884430 - fax 06/5885229
Orario dal lunedì al venerdì 09.00-13.30/14.00-17.30
e-mail: segreteria@fse.it

PRESCRIZIONE DEL SINISTRO

Nella polizza infortuni i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro. La prescrizione può essere interrotta tramite l'invio di una raccomandata con ricevuta di ritorno inviata a MARSH (CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI FSE – MARSH SpA - Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA - 20159 MILANO) nella quale l'assicurato rinnova i termini di prescrizione secondo quanto previsto dall'art. 2952 del c.c.

POLIZZA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (RCT)

n° 84005

La polizza RCT assicura tutti gli associati che operano nell'ambito dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI per eventuali richieste di risarcimento di danni provocati a terzi.

I soci dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI sono considerati terzi tra loro.

L'Assicurazione RCT prestata con la presente polizza è operante per i danni che avvengano nei territori di tutti i paesi del mondo, esclusi USA e Canada.

È compresa la responsabilità derivante dai danni a cose in uso, consegna e/o custodia (**esclusi comunque i danni a veicoli a motore**), i danni da incendio, inquinamento causati da fatti improvvisi e accidentali derivanti dall'esercizio delle attività dell'Associazione; i danni derivanti da interruzioni o sospensioni di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi.

La garanzia **non** comprende i danni di cui l'Assicurato o persone delle quali debba rispondere siano responsabili a titolo di Danno Ambientale ai sensi del D. Lgs. 3 aprile 2006, n. 152, e successive modifiche o Integrazioni.

La garanzia comprende i danni a cose altrui causati da incendio causato da fatto improvviso ed accidentale derivante dall'esercizio delle attività dell'Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici

L'assicurazione RCT/RCO non comprende i danni:

- le gare riguardanti i natanti ed i veicoli a motore in quanto soggette alla legge 990 del 24/12/1969;
- i rischi di responsabilità civile dei proprietari e/o dei conducenti degli autoveicoli, motoveicoli e natanti

Sono inoltre esclusi dalla garanzia i danni:

- a) da furto, dovuti ad errori od omissioni, disguidi o ritardi nella redazione, consegna, conservazione, pubblicazione, diffusione di atti, documenti, valori e simili, da responsabilità volontariamente assunte e non derivanti direttamente per legge.
- b) alle cose che vengano trasportate, rimorchiate, trainate, sollevate, caricate o scaricate.
- c) ad opere o cose sulle quali o mediante le quali si esplicano i lavori.
- d) derivanti dalla circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore e dalla navigazione di natanti a motore.
- e) derivanti dalla detenzione o dall'impiego di aeromobili.
- f) conseguenti a mancato, errato, inadeguato funzionamento di sistemi informativi o comunque di apparecchiature, componenti elettronici, software, hardware in ordine alla gestione del cambiamento di data dell'anno 2000.
- g) da detenzione o impiego di esplosivi;
- h) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, Isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.);
- i) derivanti da malattie professionali;
- j) provocati da: prodotti anticoncezionali e RU 486, fenfluramina, dexfenfluramina e fentermina, emoderivati ed altri prodotti od organi di origine umana, vaccini in genere e/o agenti immunizzanti composti da virus o batteri, vaccini contro la peste suina, fluoxetina, fenilpropanolamina (PPA), metilfenidato, troglitazone, thimerosal, prodotti a base di statine, di fibrati, schiume e/o resine di urea formaldeide, DES dietilstilbestrolo, oxichinolina, cloranfenicolo, prodotti derivanti da innesti e/o implantologie di prodotti contenenti silicone, prodotti e/o composti a base di lattice e derivati (latex), prodotti diabetici a base di ephedra;
- k) derivanti da immunodeficienza acquisita e patologie correlate;
- l) provocati da diacetile;
- m) derivanti da amianto;
- n) risultanti dalla generazione di campi elettrici o magnetici o di radiazioni elettromagnetiche da parte di qualsiasi apparecchiatura o impianto.

La difesa dell'Assicurato viene assunta dalla Compagnia Assicuratrice in sede sia civile che penale, giudiziale e extragiudiziale fino alla definitiva tacitazione dei terzi e ad esaurimento del giudizio nel grado in corso al momento della liquidazione del sinistro.

✱ È bene sapere che:

Nel caso un socio riceve una citazione dovrà contattare subito la Segreteria Nazionale per ricevere le istruzioni in merito.

Le spese del Legale nominato dalla Compagnia sono a totale carico della Compagnia, le spese del legale nominato dal socio sono a suo carico, a meno che la compagnia non decida, a sua discrezione e se comunicato per tempo, di assumerlo come proprio.

Le garanzie di Responsabilità Civile verso Terzi sono prestate con i seguenti massimali:

€ 5.000.000,00	complessivi con i seguenti limiti:
€ 3.000.000,00	per sinistro qualunque sia il numero di persone decedute o che abbiano riportato lesioni personali, o abbiano sofferto danni a cose ed animali loro proprietà;
€ 2.000.000,00	per sinistro e per anno assicurativo per danni causati da abusi e molestie fisiche e psicologiche;
€ 1.000.000,00	per anno e per sinistri per danni cagionati da incendio;
€ 300.000,00	per anno e per sinistri per danni indiretti;
€ 150.000,00	per anno assicurativo e per sinistro per danni cagionati a cose in uso e consegna;
€ 150.000,00	per anno assicurativo e per sinistro per danni causati da inquinamento ambientale;
€ 150.000,00	per anno assicurativo e per sinistro per danni causati fabbricati in uso e consegna.

UTILIZZO DELLE IMBARCAZIONI NON A MOTORE

l'Assicurazione è estesa al rischio, da parte dei gruppi scout, dell'utilizzo di imbarcazioni non a motore, fino ad un massimo di 12 metri di lunghezza, ad uso privato.

Le imbarcazioni per le quali viene prestata l'Assicurazione sono:

1. Barche a remi;
2. Canoe;
3. Barche a vela.

PRESCRIZIONE DEL SINISTRO

Nella polizza RCT i diritti dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore si prescrivono in due anni dalla data del sinistro. La prescrizione può essere interrotta tramite l'invio di una raccomandata con ricevuta di ritorno inviata a MARSH (CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI FSE – MARSH SpA - Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA - 20159 MILANO) nella quale l'assicurato rinnova i termini di prescrizione secondo quanto previsto dall'art. 2952 del c.c..

ESTENSIONE DELLE GARANZIE A PERSONE NON CENSITE CHE PARTECIPANO ALLE ATTIVITA' ORGANIZZATE DALLA ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS CATTOLICI D'EUROPA

Polizza Ospiti

Le garanzie, la tabella lesioni, i capitali e i massimali previsti dalla Convenzione Multirischi (Infortuni e RCT) sono estesi ad eventuali Ospiti che partecipano alle attività organizzate dal ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUTS CATTOLICI D'EUROPA o dai suoi organi periferici (regione, zona, gruppo).

La copertura ha validità di un mese e decorre dal giorno indicato dal Gruppo.

Il premio è pari ad € 10,25 pro capite.

MODALITA'

Inviare prima dell'evento, la "SCHEDA POLIZZA OSPITI" alla Segreteria Nazionale a mezzo fax 06/5885229 oppure all'indirizzo di posta elettronica – segreteria@fse.it

Le attivazioni saranno considerate valide a condizione che le stesse siano state comunicate entro il giorno lavorativo precedente l'evento e/o dell'inizio delle attività.

È comunque preferibile far giungere il modulo con un anticipo di almeno 2/3 giorni.

Scheda Polizza Ospiti

Il presente modulo, insieme alla copia del pagamento, deve essere inoltrato alla Segreteria Nazionale a mezzo fax 06 5884430 oppure all'indirizzo di posta elettronica segreteria@fse.it entro il giorno lavorativo precedente l'evento e/o l'inizio delle attività.

Nome del Gruppo
Eventuale numero di telefono da poter contattare nel caso in cui il fax non dovesse essere leggibile
Data inizio e fine attività:
Luogo dove viene svolta l'attività:

ELENCO PARTECIPANTI

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

Nome e cognome:
luogo di nascita
Data di nascita

ALTRE ESTENSIONI DELLE GARANZIE

Le garanzie lesioni/morte e responsabilità civile, previste dal contratto, possono essere estese, tramite richiesta scritta da inviare a dall'ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI, anche alle persone non iscritte all'Associazione, nello specifico:

- personale non tesserato addetto a **gare e/o manifestazioni**;
- partecipanti alle sole **manifestazioni** organizzate dalla Contraente.
- **partecipanti ai campi scout** organizzati dai Gruppi appartenenti all'Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici.
- partecipanti alle attività di Speleologia, Alpinismo (oltre il 3° e fino al 5° compreso), arrampicata (oltre il 3° e fino al 5° compreso).
- Vie ferrate (fino a difficoltà media)

POLIZZA WEEKEND ADDETTI

Le garanzie, la tabella lesioni, i capitali e i massimali previsti dalla Convenzione Multirischi (Infortuni e RCT) sono estesi agli «addetti», persone non censite, che partecipano alle manifestazioni organizzate dall'FSE.

Il Gruppo Scout dovrà comunicare preventivamente, o comunque almeno 24 ore prima della manifestazione, i seguenti dati:

- denominazione della manifestazione da assicurare;
- l'elenco nominativo del personale addetto;
- decorrenza e durata della manifestazione;
- fotocopia dell'avvenuto versamento a mezzo conto corrente o assegno circolare intestato all'Associazione dell'importo del premio dovuto.

Le estensioni possibili sono le seguenti:

- ❖ **Due giorni di copertura:**
 - Premio minimo fino a 30 addetti € 15,50
 - € 0,50 per ogni addetto oltre i primi 30
- ❖ **Tre giorni di copertura:**
 - Premio minimo fino a 30 addetti € 23,25
 - € 0,75 per ogni addetto oltre i primi 30

La copertura decorrerà dal giorno indicato dal Gruppo.

POLIZZA WEEKEND PARTECIPANTI

Le garanzie, la tabella lesioni, i capitali e i massimali previsti dalla Convenzione Multirischi (Infortuni e RCT) sono estesi a persone non censite che partecipano alle manifestazioni organizzate dall'FSE.

Il Gruppo Scout dovrà comunicare preventivamente, o comunque almeno 24 ore prima della manifestazione i seguenti dati:

- denominazione della manifestazione da assicurare;
- numero massimo dei partecipanti previsto (tesserati più non tesserati);
- decorrenza e durata della manifestazione;
- fotocopia dell'avvenuto versamento a mezzo conto corrente o assegno circolare intestato all'Associazione dell'importo del premio dovuto.

Premesso che la totalità dei partecipanti deve essere considerata un mero parametro per il calcolo del premio, si precisa che il premio dovuto per ogni manifestazione è così suddiviso:

- ❖ **Due giorni di copertura:**
 - fino a 300 partecipanti, € 103,28
 - da 301 a 1.000 partecipanti, € 413,18
 - da 1.001 a 5.000 partecipanti, € 1.032,92
 - oltre 5.000 partecipanti, € 180,76 ogni 1.000 partecipanti in più.

❖ **Tre giorni di copertura:**

- | | |
|----------------------------------|--|
| ▪ fino a 300 partecipanti, | € 154,92 |
| ▪ da 301 a 1.000 partecipanti, | € 619,77 |
| ▪ da 1.001 a 5.000 partecipanti, | € 1.549,38 |
| ▪ oltre 5.000 partecipanti, | € 271,13 ogni 1.000 partecipanti in più. |

La copertura decorrerà dal giorno indicato dal Gruppo.

POLIZZA CAMPO

Le garanzie, la tabella lesioni, i capitali e i massimali previsti dalla Convenzione Multirischi (Infortuni e RCT) sono estesi a persone non censite che partecipano ai campi scout organizzati dai Gruppi appartenenti all'FSE.

Il Gruppo Scout dovrà comunicare preventivamente, o comunque almeno 24 ore prima della manifestazione i seguenti dati:

- nome del Gruppo e/o del Campo;
- luogo del Campo;
- numero dei partecipanti previsti (non superiore a 80 persone)
- il periodo del campo (non superiore ai 7 giorni)
- fotocopia dell'avvenuto versamento a mezzo conto corrente o assegno circolare intestato all'Associazione dell'importo del premio dovuto.

Premesso che la totalità dei partecipanti deve essere considerata un mero parametro per il calcolo del premio, si precisa che il premio dovuto per ogni campo della durata massima di 7 giorni, è il seguente:

- ❖ da 1 a 80 partecipanti € 103,50

La copertura decorrerà dal giorno indicato dal Gruppo.

ESTENSIONE ALLE ATTIVITA':

- Speleologia
- Alpinismo (oltre il 3° e fino al 5° compreso)
- Arrampicata (oltre il 3° e fino al 5° compreso)
- Vie ferrate (fino a difficoltà media)

Per l'attività di speleologia il contraente dovrà versare un premio di € 4,00 a giornata per ciascun socio censito per i primi tre giorni e di € 9,00 per una settimana di garanzia.

Per l'attività di Alpinismo, Arrampicata, Vie Ferrate il contraente dovrà versare un premio di € 4,00 a giornata per ciascun socio censito.

La copertura decorrerà dal giorno indicato dal Gruppo.

Il Gruppo Scout dovrà comunicare preventivamente, o comunque almeno 24 ore prima della manifestazione i seguenti dati:

- nome del Gruppo e nome e cognome di ogni partecipante;
- luogo dell'attività
- data di svolgimento dell'attività

POLIZZA TUTELA LEGALE n° 11054241

I Soci maggiorenni sono assicurati per i casi connessi all'attività organizzata e/o praticata nell'ambito delle attività previste dall'Associazione. Rientra in garanzia il rischio dell'assistenza giudiziale che si renda necessaria a tutela dei diritti delle persone assicurate nei limiti del massimale e delle condizioni previste in polizza. Le garanzie sono valide per tutti i sinistri che debbano essere processualmente trattati ed eseguiti in tutti gli stati d'Europa.

Spese garantite

- Onorari, spese e competenze del legale LIBERAMENTE SCELTO dai Soci:
- Spese giudiziarie e processuali;
- Onorari dei Periti di parte e di quelli nominati dal giudice
- Spese di transazione e di soccombenza

Eventi

- Difesa Penale per delitti colposi e contravvenzioni
- Spese di resistenza

Massimale euro 25.000,00 per ciascun sinistro con il limite annuo di:

- ❖ € 25.000 per persona
- ❖ € 150.000 quale aggregato annuo di convenzione

CONTATTI

Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici

Via Anicia 10 – 00153 Roma

☎ Tel. 06 5884430 - 📠 fax 06/5885229

✉ e-mail segreteria@fse.it

Orario dal lunedì al venerdì 09.00-13.00/14.00-18.00

MARSH S.p.A

Ufficio sinistri: <https://www.marshsat.com/msatpublic/fse>

CENTRO LIQUIDAZIONE SINISTRI FSE – MARSH SpA

Casella Postale 10436 UDR MI ISOLA

20159 MILANO

Tel. 02/48538556 (martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00 e mercoledì dalle 14.30 alle 17.30)

mail: info.fse@marsh.com

TABELLA LESIONI

TIPOLOGIA DI LESIONE

LESIONI APPARATO SCHELETRICO

CRANIO

FRATTURA OSSO FRONTALE O OCCIPITALE O PARIETALE O TEMPORALE O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	1.400,00
FRATTURA SFENOIDE	475,00
FRA TTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALA TINO O LINEE DI FRA TTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	285,00
FRATTURA LEFORT I° (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	380,00
FRATTURA LEFORT II° O III° (non cumulabili tra loro né con LEFORT I°)	400,00
FRATTURA ETMOIDE	285,00
FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	190,00
FRATTURA OSSA NASALI	237,50
FRATTURA MANDIBOLARE(PER LATO)	380,00
LACERAZIONE DEL TIMPANO DA BAROTRAUMA	475,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	2.500,00

COLONNA VERTEBRALE

TRATTO CERVICALE

FRATTURA CORPO III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	570,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III°-IV°-V°-VI°-VII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	190,00
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II° VERTEBRA	2.500,00
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I- VERTEBRA	3.500,00

TRATTO DORSALE

FRATTURA DEL CORPO DALLA I° ALLA XI° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	380,00
FRATTURA DEL CORPO XII° VERTEBRA	2.500,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA XII° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	190,00

TRATTO LOMBARE

FRATTURA CORPO (PER OGNI VERTEBRA)	2.500,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I° ALLA V° VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	190,00

OSSO SACRO

FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	380,00
---	--------

COCCIGE

FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	380,00
--	--------

BACINO

FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	285,00
FRATTURA ACETABOLARE(PER LATO)	570,00

TORACE

FRATTURA CLAVICOLA(PER LATO)	380,00
FRATTURA STERNO	190,00
FRATTURA DI UNA COSTA(COMPOSTA)	47,50
FRATTURA DI UNA COSTA(SCOMPOSTA)	142,50
FRATTURA SCAPOLA(PER LATO)	285,00
PNEUMOTORACE DA BAROTRAUMA	570,00
PNEUMOPERICARDIO DA BAROTRAUMA	3.500,00

ARTO SUPERIORE (DX o SX)

BRACCIO

FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	285,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	570,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	570,00

AVAMBRACCIO

FRATTURA DIAFISARIA RADIALE	190,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO(FRATTURA TUBEROSITA' RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	380,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO(FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	380,00
FRATTURA DIAFISARIA ULNARE	190,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	380,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE (CAPITELLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE O PROCESSO STILOIDEO)	380,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	380,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	475,00

POLSO E MANO

FRATTURA SCAFOIDE	475,00
FRATTURA SEMILUNARE	285,00
FRATTURA PIRAMIDALE	190,00
FRATTURA PISIFORME	95,00
FRA T-TURA TRAPEZIO	190,00
FRATTURA TRAPEZOIDE	190,00
FRATTURA CAPITATO	190,00
FRATTURA UNCINATO	190,00
FRATTURA I° METACARPALE	570,00
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METACARPALE	285,00
SINDROME DA TUNNEL CARPALE O M. DI DUPUYTREN (trattato chirurgicamente)	380,00

FRATTURA PRIMA FALANGE DITA

POLLICE	380,00
INDICE	285,00
MEDIO	285,00
ANULARE	190,00
MIGNOLO	285,00

FRATTURA SECONDA FALANGE DITA

POLLICE	285,00
INDICE	237,50
MEDIO	190,00
ANULARE	95,00
MIGNOLO	190,00

FRATTURA TERZA FALANGE DITA

INDICE	190,00
MEDIO	95,00
ANULARE	95,00
MIGNOLO	190,00

ARTO INFERIORE (DX o SX)

FRATTURA FEMORE

DIAFISARIA	570,00
EPIFISI PROSSIMALE (Delimitata dal collo chirurgico)	3.500,00
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	3.500,00
FRATTURA ROTULA	380,00

FRATTURA TIBIA

DIAFISARIA	285,00
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	475,00
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	475,00

FRATTURA PERONE

DIAFISARIA	190,00
ESTREMITA' SUPERIORE (capitello o faccetta articolare tibiale)	285,00
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	380,00
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	475,00
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	570,00

PIEDE

TARSO

FRATTURA ASTRAGALO	570,00
FRATTURA CALCAGNO	1.400,00
FRATTURA SCAFOIDE	285,00
FRATTURA CUSOIDE	380,00
FRATTURA CUNEIFORME	95,00

METATARSI

FRATTURA I° METATARSALE	380,00
FRATTURA II° O III° O IV° O V° METATARSALE	190,00

FALANGI

FRATTURA ALLUCE (I° o II° Falange)	237,50
FRATTURA I° o II° o III° FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	95,00

LESIONI DENTARIE

ROTTURA INCISIVO CENTRALE SUPERIORE (per ogni dente)	100,00
ROTTURA INCISIVO CENTRALE INFERIORE (per ogni dente)	100,00
ROTTURA INCISIVO LATERALE (per ogni dente)	100,00
ROTTURA CANINI (per ogni dente)	100,00
ROTTURA PRIMI PREMOLARI (per ogni dente)	100,00
ROTTURA SECONDI PREMOLARI (per ogni dente)	100,00
ROTTURA PRIMI MOLARI (per ogni dente)	100,00
ROTTURA SECONDI MOLARI (per ogni dente)	100,00
ROTTURA TERZO MOLARE SUPERIORE	100,00
ROTTURA TERZO MOLARE INFERIORE	100,00

LESIONI PARTICOLARI

ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	2.500,00
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	3.500,00
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	16.500,00
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	3.000,00
GASRTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà) o GASTRECTOMIA TOTALE	44.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (fino al 70% con conservazione valvola ileo-cecale) -non cumulabile-	22.000,00
RESEZIONE DEL TENUE (oltre il 70% con coinvolgimento valvola ileo-cecale) --non cumulabile-	44.000,00
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA'DEL RETTO -non cumulabile-	16.500,00
COLECTOMIA TOTALE -non cumulabile-	44.000,00
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRETERNATURALE -non cumulabile-	66.000,00
COLECISTECTOMIA -non cumulabile-	475,00
SAFENECTOMIA MONOLATERALE O EMORROIDECTOMIA	380,00
SAFENECTOMIA BILATERALE (non cumulabile)	570,00
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e siero proteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	3.000,00
PORTATORE A SINTOMATICO A NTICORPO POSMVO (HIV +)	380,00
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE (oltre la metà) O TOTALE -non cumulabile-	55.000,00
ERNIA CRURALE O IPOIEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	285,00
ERNIA INGUINALE (trattata chirurgicamente)	475,00
LOBECTOMIA POLMONARE	16.500,00
PNEUMONECTOMIA	33.000,00
PROTESI SU AORTA TORACICA	22.000,00
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	16.500,00
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	38.500,00
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	27.500,00
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	110.000,00
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	13.200,00
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	55.000,00
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	33.000,00
CORDECTOMIA	16.500,00
EMILARINGECTOMIA	27.500,00
LARINGECTOMIA	55.000,00
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	110.000,00
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	2.500,00
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	16.500,00
ERNIA DISCALE DA SFORZO (unica o plurima-trattata/e chirurgicamente-)	2.500,00
ROTTURA SOTTOCUTANEA TENDINE D'ACHILLE (trattata chirurgicamente)	380,00
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	22.000,00
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	27.500,00
PATELLECTOMIA TOTALE	3.000,00
PATELLECTOMIA PARZIALE	380,00
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	475,00
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	27.500,00
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	33.000,00
ISTERECTOMIA (non cumulabile)	22.000,00
ISTEROANNESSIECTOMIA BILATERALE	33.000,00
OVARIECTOMIA O SALPINGECTOMIA MONOLATERALE	475,00
PTOSI PALPEBRALE	5.500,00
EVIRAZIONE COMPLETA	49.500,00
PERDITA DEL PENE	38.500,00
IMPOSSIBILITÀ ALL'EREZIONE	27.500,00
CASTRAZIONE	27.500,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE

ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	2.800,00
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	475,00
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	1.400,00
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) -valore massimo per ogni dito-	285,00
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) -non cumulabile-	570,00
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (Documentata radiologicamente)	380,00
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	1.400,00

LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	475,00
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	285,00
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	380,00
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	570,00
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente)-non cumulabile-	475,00
LUSSAZIONE MF O IF 2° - 3° - 4° - 5° DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente)-valore massimo per ogni dito-	237,50
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	380,00
LUSSAZIONE D'ANCA (Documentata radiologicamente)	3.500,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (Documentata radiologicamente)	190,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF II° O III° O IV° O V° DITO DEL PIEDE (Documentata radiologicamente)	95,00
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	475,00
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente)-non cumulabili tra loro-	2.500,00
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	237,50
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	237,50
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) non cumulabili tra loro-	570,00
LUSSAZIONE ULNO CARPICA	3.098,73
LUSSAZIONE ROTULA	3.098,73
LUSSAZIONE TIBIO TARSICA	6.197,46
LUSSAZIONE VERTEBRALE	5.164,55

AMPUTAZIONI

ARTO SUPERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO SUPERIORE	110.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'AVAMBRACCIO	110.000,00
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	110.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E ANULARE	57.200,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO E MIGNOLO	63.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE E MIGNOLO	61.600,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	55.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	48.400,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MEDIO	49.500,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E ANULARE	46.200,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE E MIGNOLO	51.700,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E ANULARE	41.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO E MIGNOLO	47.300,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE E MIGNOLO	44.000,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E ANULARE	35.200,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO E MIGNOLO	40.700,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE E MIGNOLO	33.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE E INDICE	38.500,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MEDIO	38.500,00
AMPUTAZIONE POLLICE E ANULARE	30.800,00
AMPUTAZIONE POLLICE E MIGNOLO	36.300,00
AMPUTAZIONE INDICE E MEDIO	26.400,00
AMPUTAZIONE INDICE E ANULARE	24.200,00
AMPUTAZIONE INDICE E MIGNOLO	29.700,00
AMPUTAZIONE MEDIO E ANULARE	19.800,00
AMPUTAZIONE MEDIO E MIGNOLO	25.300,00
AMPUTAZIONE ANULARE E MIGNOLO	22.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	22.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'INDICE	15.400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MEDIO	3.000,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ANULARE	1.400,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL MIGNOLO	13.200,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	14.300,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	475,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	332,50
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE	237,50
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL MIGNOLO	427,50
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'INDICE	3.500,00

AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MEDIO	2.500,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DELL'ANULARE	570,00
AMPUTAZIONE DELLA II° E III° FALANGE DEL MIGNOLO	2.800,00

ARTO INFERIORE

AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	110.000,00
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA META' DELLA COSCIA (ma al di sopra dei ginocchio)	110.000,00
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto dei ginocchio)	110.000,00
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	55.000,00
PERDITA DI UN PIEDE	49.500,00
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	29.700,00
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	110.000,00
PERDITA DELL'ALLUCE	570,00
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	285,00
PERDITA DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE	95,00

LESIONI SISTEMA NERVOSO PERIFERICO (Permanenti - Stabilizzati)

ARTO SUPERIORE

LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	66.000,00
SINDROME RADICOLARE SUPERIORE TIPO DUCHENNE ERB C5-D1	49.500,00
SINDROME RADICOLARE INFERIORE TIPO DEJERINE KLUMPKE	49.500,00
PARALISI COMPLETA NERVO ASCELLARE	19.800,00
PARALISI COMPLETA NERVO RADIALE	38.500,00
PARALISI BASSA NERVO RADIALE	27.500,00
PARALISI COMPLETA NERVO MEDIANO	44.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO ULNA	27.500,00
PARALISI BASSA NERVO ULNARE	22.000,00

ARTO INFERIORE

PARALISI COMPLETA PLESSO LOMBARE D12-L4	38.500,00
PARALISI COMPLETA NERVO FEMORALE	33.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	49.500,00
PARALISI BASSA NERVO SCIATICO	41.800,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	22.000,00
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	24.200,00

LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE

EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SPORADICHE	16.500,00
EPILESSIA POST TRAUMATICA, CONTROLLATA FARMACOLOGICAMENTE, CON CRISI SETTIMANALI	33.000,00
PARAPARESI CON DEFICIT DI FORZA MODERATA E POSSIBILITÀ DI DEAMBULAZIONE CON APPOGGIO	44.000,00
MONOPARESI DI ARTO SUPERIORE CON DEFICIT DI FORZA E IMPOSSIBILITÀ AI MOVIMENTI FINI DELLA MANO	44.000,00
MONOPARESI ARTO INFERIORE CON MODERATO DEFICIT DI FORZA, ANDATURA FALCIANTE E POSSIBILE SOLO CON APPOGGIO	38.500,00

USTIONI

CAPO

USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 6-10% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	3.300,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 11-15% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	11.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DEL 16-25% DELLE SUPERFICIE DEL VISO	15.400,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 25% DELLA SUPERFICIE DEL VISO	19.800,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 15-30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	5.500,00
USTIONE 2° O 3° GRADO SUPERIORE AL 30% DELLA SUPERFICIE DEL CUOIO CAPELLUTO	11.000,00

ARTI SUPERIORI E INFERIORI

USTIONE 2° O 3° GRADO DI 11-20% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	5.500,00
USTIONE 2° O 3° GRADO 21-30% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	11.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 31-50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	16.500,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DI ARTO SUPERIORE O INFERIORE	22.000,00

TRONCO

USTIONE 2° O 3° GRADO DI 25-35% DELLA SUPERFICIE DEL TRONCO	11.000,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI 36-50 % DELLA SUPERFICIE DEL TRONCO	16.500,00
USTIONE 2° O 3° GRADO DI OLTRE IL 50% DELLA SUPERFICIE DEL TRONCO	22.000,00

DANNO ESTETICO

Per le persone fino a 50anni di età, se l'infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Compagnia rimborsa le spese documentate e sostenute per l'intervento chirurgico riparatore, fino ad un massimo di 5.000,00Euro”.

POLIZZA ASSISTENZA SANITARIA n° 100264699

La polizza fornisce, tramite una Centrale Operativa 24 ore su 24, un’assistenza sanitaria a tutti i soci censiti FSE che si trovano a fare attività in Italia o all’estero sia in caso di malattia improvvisa che di infortunio.

Il numero da contattare, attivo 24 ore su 24 tutto l’anno, è 800 867500 e 06 4211 5252 (dall’estero).

Il socio dovrà qualificarsi come “ASSICURATO FSE” e comunicare le seguenti informazioni:

- dati anagrafici dell’Assicurato
- numero di polizza 151019
- tipo di intervento richiesto
- recapito telefonico temporaneo
- dati dell’Ospedale (nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente)
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l’assicurato

Le condizioni complete della polizza di assistenza sanitaria sono riportate nella pagina successiva.



Appendice 1

**alla polizza n. 151019 sottoscritta tra
INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. – RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA e
Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici**

Con la presente appendice si prende atto che a far data dal 31.12.2020, per ragioni amministrative, il numero della polizza in oggetto diventa **100264699**.

Fermo il resto.

La presente appendice è composta da n. 1 pagina. Redatta in duplice esemplare ad unico effetto. Scambiata tra le Parti, timbrata e firmata.

Roma lì 08.02.2021

_____ lì 08.02.2021

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.

IL CONTRAENTE

Assicurazione Assistenza e Spese Mediche

Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia -

100% AXA Partners Holding S.A. – Via Carlo Pesenti 121 – 00156 Roma

Iscritta in Italia all'albo imprese IVASS n. I.00014 - Registro delle Imprese di Roma

RM Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151

Prodotto: POLIZZA 151019 - FSE – ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS

D'EUROPA CATTOLICI



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza presenta una serie di garanzie di assistenza alla persona.



Che cosa è assicurato?

✓ Assistenza in viaggio

La copertura assicurativa include il consulto medico telefonico e il trasferimento/rientro sanitario in caso di urgenza mentre l'assicurato è in viaggio.

✓ Assistenza al domicilio

La copertura assicurativa include prestazioni come l'invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza.

✓ Spese mediche in viaggio

La copertura assicurativa include le spese mediche in caso di urgenza mentre l'assicurato è in viaggio.



Che cosa non è assicurato?

Sono escluse tutte le prestazioni non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa; inoltre sono sempre esclusi i danni commessi con dolo dell'assicurato.

Di seguito alcune delle principali esclusioni:

- X 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.
- X trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura.



Ci sono limiti di copertura?

In polizza e nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono indicati i limiti previsti dal contratto per le singole garanzie.

! Per la sezione di Assistenza:

- **Il consulto medico telefonico, il trasferimento e il rientro sanitario** sono garantiti in tutto il mondo.
- **Invio di un medico e di un'ambulanza** solo in Italia.
- **Prolungamento del soggiorno.** Massimo 5 notti con il limite di €500.

! Per la sezione di Spese Mediche:

- **Spese mediche per interventi chirurgici urgenti.** Limite €1.000 in Italia e €7.000 all'estero.
- **Spese di trasporto.** Limite €500 in Italia, €2.500 all'estero.
- **Rimborso spese per visite mediche e/o farmaceutiche.** Limite €500 in Italia, €1.000 all'estero.
- **Cure odontoiatriche in seguito a infortunio.** Limite €200.



Dove vale la copertura?

- ✓ Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti in Italia e all'estero.



Che obblighi ho?

Quando la persona decide di aderire al contratto ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno. In caso di sinistro inoltre, l'assicurato deve darne avviso tempestivamente all'assicuratore, con le modalità indicate in polizza, fornendo l'eventuale documentazione richiesta insieme ad ogni informazione utile alla definizione del sinistro.



Quando e come devo pagare?

La copertura assicurativa è offerta dal contraente di polizza ai suoi Associati a titolo gratuito.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata della copertura assicurativa è pari a 12 mesi decorrenti dalla data indicata nel Certificato di Adesione.



Come posso disdire la polizza?

L'adesione alla polizza non prevede il tacito rinnovo e quindi non è presente alcun obbligo di disdetta.

Assicurazione Assistenza e Spese Mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
POLIZZA 151019 – FSE - ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS
D'EUROPA CATTOLICI

Ottobre 2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Inter Partner Assistance S.A., Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, capitale sociale € 31.702.613 al 100% AXA Partners Holding S.A., opera in Italia in regime di stabilimento. Il contratto viene stipulato dalla Rappresentanza Generale per l'Italia con sede e Direzione Generale in Italia, Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, tel. 06 42118.1. Sito internet: www.axa-assistance.it – e-mail: direzione.italia@ip-assistance.com - indirizzo pec: ipaassicurazioni@pec.it
Inter Partner Assistance S.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia con D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n.250). Numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione: I.00014. Part. I.V.A. 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151. Inter Partner Assistance S.A. è assoggettata alla vigilanza della BNB (Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaimont 14 BE-1000 Bruxelles).

Il patrimonio netto di Inter Partner Assistance S.A. è pari a € 176.718.675, e comprende il capitale sociale pari a € 31.702.613 e le riserve patrimoniali pari a € 13.913.888. L'indice di solvibilità di Inter Partner Assistance S.A. relativo all'intera gestione danni, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 121.30%. Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: www.axa-assistance.it


Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Assistenza	<p>La Società tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:</p> <p>ASSISTENZA IN VIAGGIO</p> <ul style="list-style-type: none">• consulto medico telefonico• invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza• segnalazione di un medico specialista• invio medicinali urgenti• trasferimento – rientro sanitario• assistenza infermieristica• prolungamento del soggiorno• rientro della salma• rientro anticipato• viaggio di un familiare in caso di ricovero• invio comunicazioni urgenti• anticipo spese di prima necessità in caso di furto, scippo, rapina o smarrimento dei mezzi di pagamento• interprete a disposizione• traduzione della cartella clinica• spese di soccorso• informazioni igienico-sanitarie• informazioni e consigli telefonici <p>PRESTAZIONI A DOMICILIO</p> <ul style="list-style-type: none">• consulenza sanitaria• invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza• trasferimento sanitario
-------------------	---

Spese Mediche in Viaggio	<p>CON PAGAMENTO DIRETTO – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata. Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del viaggio, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto da parte della Centrale Operativa.</p> <p>La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. La garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza.</p> <p>Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero.</p> <p>Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.</p> <p>A RIMBORSO – Anche senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, entro i sottolimiti indicati.</p> <p>a) La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.</p> <p>b) La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche, accertamenti diagnostici, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio.</p> <p>c) La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio.</p>
---------------------------------	--

<div>  Che cosa NON è assicurato? </div>	
Esclusioni	<p>Sono esclusi dall'assicurazione tutte le prestazioni qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa.</p> <p>Sono altresì esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere; b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico; c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti; d) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura; e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale; f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto; g) dolo o colpa dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio. <p>Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.</p>



Ci sono limiti di copertura?


Limiti di copertura



Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24. Inoltre l'Assicurato dovrà presentarsi come "Assicurato FSE" e comunicare:</p> <ul style="list-style-type: none">– dati anagrafici dell'Assicurato;– numero di polizza;– tipo di intervento richiesto;– recapito telefonico temporaneo;– dati dell'Ospedale (<i>nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente</i>);– recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato. <p>Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.</p> <p>La Società declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza fatte alla Contraente e non inoltrate alla sua Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa NON SARANNO RIMBORSATE.</p> <p>A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'art. 2952 C.C., si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 C.C., 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166).</p> <p>Per le assicurazioni di responsabilità civile tale termine decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha chiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di lui l'azione legale.</p> <p>Quando viene sottoscritto il contratto, l'assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno. È necessario fare particolare attenzione alla/e destinazione/i dichiarate in polizza in quanto se non veritiere o inesatte costituiscono la modifica del rischio. In caso di sinistro inoltre, l'assicurato deve darne avviso tempestivamente all'assicuratore, con le modalità indicate in polizza, fornendo l'eventuale documentazione richiesta insieme ad ogni informazione utile alla definizione del sinistro.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	La copertura assicurativa è offerta dal contraente di polizza ai suoi Clienti a titolo gratuito.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La copertura assicurativa ha una durata di 365 gg dalla data di messa in copertura.
Sospensione	Non è prevista la sospensione della polizza.
 Come posso disdire la polizza?	
L'adesione alla polizza non prevede il tacito rinnovo e quindi non è presente alcun obbligo di disdetta.	

 A chi è rivolto questo prodotto?
Questa polizza presenta una serie di garanzie di assistenza all'abitazione.

 Quali costi devo sostenere?
Costi di intermediazione: Il costo di intermediazione, cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è del 25,00% del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a: Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Servizio Clienti, Casella Postale 20132, Via Eroi di Cefalonia, 00128 Spinaceto – Roma, numero fax 0039.06.48.15.811, e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com.</p> <p>L'Impresa gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.</p> <p>Alternativamente a quanto sopra, il reclamante – prima di adire l'Autorità Giudiziaria - in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, potrà anche avvalersi dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale e, nello specifico,</p> <ul style="list-style-type: none"> - mediazione - negoziazione assistita - arbitrato
All'IVASS	<p>Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo".</p> <p>In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi all'IVASS; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione; - reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Impresa non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la

	<p>competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.axa-assistance.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p>
--	---

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (Arbitrato)	<p>Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.</p> <p>Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'articolo: "Procedura per la valutazione del danno (arbitrato irrituale)" delle Condizioni Generali di Assicurazione, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p>

<p>PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.</p>
--



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA 151019 FSE - ASSOCIAZIONE ITALIANA GUIDE E SCOUTS D'EUROPA CATTOLICI

201901_01



Inter Partner Assistance S.A.
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 31.702.613 interamente versato - 100% AXA Partners Holding S.A.
N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM - Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



GLOSSARIO

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

Bagaglio: i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'Assicurato porta con sé in viaggio.

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

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

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

Destinazione:

- **Italia:** la Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
- **Europa:** i paesi dell'Europa geografica (compresa l'Italia e la Federazione Russa) e del bacino del Mediterraneo (Algeria, Canarie, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia).
- **Mondo:** tutti i paesi del mondo inclusa l'Europa.

Domicilio: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

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

Esteri: tutti i paesi del mondo, esclusa l'Italia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

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

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

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

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

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

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

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

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

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

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 4. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le prestazioni assicurative qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste. Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 5. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 6. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 7. FORO COMPETENTE

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 8. ASSICURATI

Quando non diversamente ed espressamente previsto nelle singole Prestazioni/Garanzie, con la presente Polizza si assicurano le persone fisiche domiciliate o residenti in Italia:

- Associate a FSE - Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici;
- non associate che partecipano a titolo di ospiti occasionali alle attività organizzate da FSE - Associazione Italiana Guide e Scouts d'Europa Cattolici, purché i rispettivi nominativi siano stati preventivamente comunicati alla Società.

ART. 9. EFFICACIA E DURATA DELLE SINGOLE ADESIONI

La durata della copertura assicurativa per le singole adesioni è pari a 12 mesi decorrenti dalla data indicata nel Certificato di Adesione sempreché sia stato corrisposto il relativo premio.

ART. 10. PERIODO DI ASSICURAZIONE E OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Le Prestazioni/Garanzie sono operanti per viaggi effettuati a scopo turistico, di studio o di affari, escluso qualsiasi lavoro pericoloso, di durata non superiore a 30 giorni.

ART. 11. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie specificate nelle seguenti sezioni:

A. ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

A.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

ASSISTENZA IN VIAGGIO

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

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

b) INVIO DI UN MEDICO O DI UN'AMBULANZA IN CASO DI URGENZA (valida solo in Italia)

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto, o qualora non fosse immediatamente disponibile un medico, organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino. La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

NB : Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

c) SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA (valida solo all'estero)

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

d) INVIO MEDICINALI URGENTI (valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente registrati in Italia ma non reperibili sul luogo, né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali. La Società terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

e) TRASFERIMENTO – RIENTRO SANITARIO (valida solo all'estero)

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

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
 - il trasferimento dalla struttura medica alla residenza dell'Assicurato;
 - il rimpatrio sanitario in Italia se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- con la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

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

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

Sono escluse dalla prestazione:

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

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

f) ASSISTENZA INFERMIERISTICA (valida solo in Italia)

Presso la residenza dell'Assicurato in Italia, dopo il suo rientro sanitario organizzato, la Società terrà a proprio carico le spese relativi ai primi 2 giorni di assistenza.

g) PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare in Italia alla data stabilita per ricovero ospedaliero con una prognosi di degenza superiore a 7 (sette) giorni; la Società terrà a proprio carico le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) dell'Assicurato e dei compagni di viaggio, purché assicurati.

Massimale previsto: Massimo 5 notti con il limite di € 500,00

h) RIENTRO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Europa.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso. La Società tiene a proprio carico le spese di trasporto con esclusione delle spese relative alla cerimonia funebre, all'inumazione o alla cremazione. La Società tiene a carico anche il costo del biglietto di viaggio, andata e ritorno, di un familiare per recarsi sul luogo in cui si è verificato l'evento e le spese di pernottamento della prima notte presso la struttura alberghiera più vicina.

i) RIENTRO ANTICIPATO

Qualora l'Assicurato in viaggio abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa del decesso o di ricovero di un familiare con prognosi superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizza il rientro e prende a proprio carico le relative spese. La garanzia è valida anche per il rientro di un compagno di viaggio purché assicurato.

Massimali previsti: Italia € 500,00 – Europa/Mondo € 2.000,00

j) VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI RICOVERO

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

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

k) INVIO COMUNICAZIONI URGENTI

Qualora l'Assicurato in viaggio abbia necessità di effettuare comunicazioni urgenti a persone residenti in Italia e si trovi nell'impossibilità di contattarle direttamente, la Società provvede, a proprie spese, all'inoltro di tali messaggi.

l) ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ IN CASO DI FURTO, SCIPPO, RAPINA O SMARRIMENTO DEI MEZZI DI PAGAMENTO (valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato debba sostenere, durante il viaggio, spese impreviste di prima necessità (*soggiorno in albergo, noleggio veicoli, biglietti di viaggio, ristorante, etc.*) e si trovi nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di furto, rapina, scippo o smarrimento dei propri mezzi di pagamento, la Centrale Operativa potrà anticipare, con pagamento diretto al fornitore, gli importi risultanti dal corrispondente documento fiscale (*fattura*) entro il limite stabilito. L'Assicurato dovrà far pervenire copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità del luogo. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (*trenta*) giorni dall'erogazione della stessa. La prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Società
- quando l'Assicurato non è in grado di fornire adeguate garanzie bancarie di restituzione, ritenute tali ad insindacabile giudizio della Società;
- nei casi in cui i trasferimenti di valuta all'estero comportino violazione delle norme vigenti in materia valutaria in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Massimale previsto: € 1.000,00

m) INTERPRETE A DISPOSIZIONE (valida solo all'estero)

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato ed abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. La Società terrà a carico i costi dell'interprete.

Massimale previsto: € 1.000,00

n) TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Qualora l'Assicurato necessiti della traduzione della propria cartella clinica rilasciata a seguito di ricovero ospedaliero durante il viaggio, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo o tedesco. La traduzione avverrà solo con il consenso dell'Assicurato stesso nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in Italia sul trattamento dei dati personali.

o) SPESE DI SOCCORSO

Qualora, a seguito di:

- infortunio, in località non raggiungibile dai normali mezzi di trasporto;
- smarrimento/perdita dell'orientamento

fosse necessario l'intervento del soccorso speciale o del soccorso alpino, la Società rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato fino all'importo di **€ 3.000,000** per singola richiesta a presentazione di regolari giustificativi di spesa. Se l'Assicurato non fosse in grado di far fronte alla stessa richiesta, lo stesso, previo contatto con la Struttura Organizzativa potrà ottenere a titolo di anticipo un importo fino a **€ 3.000,00** per evento. Poiché la somma è corrisposta a titolo di "anticipo" l'Assicurato dovrà fornire adeguate garanzie bancarie e provvedere alla restituzione nei 30 giorni successivi all'anticipo dello stesso.

p) INFORMAZIONI IGIENICO-SANITARIE

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per fornire informazioni riguardanti:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia sia in Italia che all'Estero.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

q) INFORMAZIONI E CONSIGLI TELEFONICI

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative a:

- viabilità e percorribilità autostradale e delle principali strade extraurbane italiane;

- condizioni metereologiche sulle strade, interruzioni stradali, motel, ristoranti, officine, rifornimenti di carburante;
- traghetti, formalità per viaggi all'estero, itinerari, ristoranti, musei;
- situazione socio-politica del paese di destinazione;
- indirizzo di Ambasciate/Consolati all'estero;
- Informazioni metereologiche (in Italia e all'estero);
- bollettino neve (situazione metereologica e del manto nevoso);
- informazioni sugli eventi sportivi e manifestazioni di carattere internazionale;

potrà rivolgersi alla Centrale Operativa che fornirà telefonicamente le informazioni richieste.

PRESTAZIONI ASSISTENZA AL DOMICILIO

1. CONSULENZA SANITARIA

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici generici, la Centrale Operativa, tramite i propri medici, è a disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito ma non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Informazioni farmaceutiche

L'Assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su: loro composizione, equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio, posologie consigliate, eventuali controindicazioni.

c) Ricerca Centri Ospedalieri Privati

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero presso un centro ospedaliero privato, potrà chiedere alla Centrale Operativa di ricercare un posto nel centro italiano più vicino alla propria residenza. La Centrale Operativa informerà preventivamente l'Assicurato sui costi di degenza che resteranno totalmente a suo carico.

d) Ricerca Centri Diagnostici privati

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad accertamenti o visite diagnostiche presso centri privati, potrà richiedere alla Centrale Operativa informazioni su una struttura vicina alla propria residenza.

2. INVIO DI UN MEDICO O DI UN'AMBULANZA IN CASO DI URGENZA (valida solo in Italia)

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

3. TRASFERIMENTO SANITARIO IN UN CENTRO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, presso un centro ospedaliero del proprio comune italiano di residenza, debba essere necessariamente trasferito, d'intesa fra medico curante ed i medici della Centrale Operativa, per una patologia oggettivamente non curabile nell'ambito delle strutture sanitarie della regione di residenza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il suo trasferimento presso il centro ospedaliero italiano, ritenuto idoneo ad esclusivo giudizio medico della Centrale Operativa, con i mezzi adeguati rispetto alla patologia in corso. La Società terrà a proprio carico i costi di trasferimento.

SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

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

MASSIMALI PREVISTI: ITALIA € 1.000,00 – ESTERO € 7.000,00

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

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

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

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

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

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

a) La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.

Massimali previsti: Italia € 500,00 – Estero € 2.500,00

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

Massimali previsti: Italia € 500,00 – Estero € 1.000,00

c) La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio.

Massimale previsto: € 200,00

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

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

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

A.3- Franchigia Spese Mediche in Viaggio

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

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

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi:

- a) se l'Assicurato (*o chi per esso*) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;
- b) pandemia (dichiarata dall'OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- c) viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (*anche temporanei*) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- d) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- e) se nel luogo di destinazione è in essere o viene dichiarata durante il viaggio una quarantena.

Non vengono erogate le prestazioni in quei paesi dove per motivi politici o metereologici non è possibile prestare la garanzia.

Inoltre:

A.4.1 - Assistenza in Viaggio

La Società non prende in carico gli eventi conseguenti a:

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

A.4.2 - Spese Mediche in Viaggio

La Società non prende in carico le spese conseguenti a:

- a) cure riabilitative e prestazioni fisioterapiche;
- b) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- c) cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie (*fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio*);
- d) interruzione volontaria della gravidanza;
- e) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;
- f) qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;
- g) acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto;
- h) le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio.

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

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

A.5 - Disposizioni e limitazioni

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

Inoltre:

A.5.1 - Assistenza in Viaggio

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

ART. 1. ESCLUSIONI

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

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

- a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;
- b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;

- c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;
- d) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura;
- e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
- f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;
- g) dolo o colpa dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio.

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

ART. 2. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

Numero Verde 800 867500
Dall'estero 06 4211 5252

Inoltre, dovrà qualificarsi come **“ASSICURATO FSE”** e comunicare:

- dati anagrafici dell'Assicurato;
- numero di polizza 151019;
- tipo di intervento richiesto;
- recapito telefonico temporaneo;
- dati dell'Ospedale (*nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente*);
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

ART. 3. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

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

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

Fornendo altresì :

▪ Rimborso Spese Mediche :

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

RIFERIMENTI IMPORTANTI

RICHIESTE DI RIMBORSO

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

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Travel - Ufficio Sinistri
Casella Postale 20175
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - ROMA