



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA 220519 ASSOCIAZIONE ITALIANA MAMME

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GLOSSARIO

<u>Assicurato:</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
<u>Assistenza:</u>	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 della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
<u>Centrale Operativa:</u>	La struttura organizzativa della 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.
<u>Contraente:</u>	il soggetto che stipula l'assicurazione.
<u>Domicilio:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Familiare:</u>	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.
<u>Inabilità temporanea (IT):</u>	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
<u>Infortunio:</u>	il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Istituto di cura:</u>	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.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<u>Malattia:</u>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:
<u>- improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
<u>- preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.
<u>Massimale:</u>	la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Residenza:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

<u>Ricovero/degenza:</u>	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.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.
<u>Società:</u>	INTER PARTNER ASSISTENZA S.A. Rappresentanza generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 – Roma

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. EFFICACIA E DURATA DELLE SINGOLE COPERTURE

L'assicurato beneficerà delle garanzie di polizza, sempre che l'adesione avvenga durante il periodo di validità della polizza, per una durata di 365 giorni a partire dalla data di messa in copertura.

ART. 4. 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. 5. 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. 6. 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. 7. 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. 8. FORO COMPETENTE

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

ART. 9. ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

ART. 10. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.

ART. 11. OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

ART. 12. PRESTAZIONI GARANTITE

Assistenza medica d'urgenza

01 - Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza (prestazione valida 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.

03 - Consulto medico specialistico pediatrico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico pediatrico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

04 - Invio di un Pediatra

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

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

05 - Spese di albergo per ricovero figlio minore (prestazione valida in Italia)

Qualora il figlio minore dell'Assicurato venga ricoverato per un periodo superiore a 7 (sette) giorni e i genitori vogliano rimanergli accanto, la Società provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo nelle vicinanze dell'ospedale dove il minore è ricoverato, entro il limite di euro 80,00 per notte e per persona e euro 500,00 per sinistro. A tal fine la Società avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

06 - Rimborso spese quota asilo nido (prestazione valida in Italia)

Qualora il figlio minore dell'Assicurato venga ricoverato per un periodo minimo di 2 (due) notti e al momento delle dimissioni vengano prescritti almeno 5 giorni di convalescenza, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato la mensilità dell'asilo non usufruita per un importo massimo di € 250,00.

L'erogazione del rimborso riguarderà i sinistri occorsi durante l'apertura dell'asilo nido.

07 - Trasferimento sanitario programmato (prestazione valida in Italia)

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- 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;

- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

08 - Autista sostitutivo (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato non sia, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza a seguito di infortunio o malattia improvvisa e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la Centrale Operativa fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'Assicurato o proseguire il viaggio, entro i confini nazionali, con il percorso più diretto.

La Società terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento e i costi dell'autista entro il limite di euro 300,00.

09 - Invio ostetrica al domicilio (prestazione valida in Italia)

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

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

10 - Consulenza psicologica

Qualora, a seguito di diagnosi di depressione post partum dell'Assicurata, si rendesse necessaria una assistenza psicologica, l'Assicurata potrà, chiamando la Centrale Operativa, essere messa in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

11 - Consulenza nutrizionale

Qualora, a seguito di diagnosi di patologia pre o post partum, si richieda una modifica della dieta dell'Assicurata, quest'ultima potrà, chiamando la Centrale Operativa, essere messa in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro le 8 ore lavorative successive alla richiesta d'intervento.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società ed è intesa come primo contatto e follow up, per un massimo di una volta per Assicurato e anno assicurativo.

Assistenza domiciliare sanitaria

12 - Reperimento e consegna farmaci (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

13 - Prelievo campioni (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

14 - Consegna esiti esami (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

15 - Assistenza infermieristica (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

16 - Invio fisioterapista (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

Assistenza domiciliare non sanitaria

17 - Invio collaboratrice domestica (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

18 - Invio baby sitter (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 200,00 per sinistro. L'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.

19 - Invio spesa a casa (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per sinistro.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

20 - Disbrigo delle quotidianità (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico esclusivamente il costo del personale incaricato entro il limite di euro 150,00 per sinistro.

21 - Invio badante (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una badante che possa fornire assistenza durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

Assistenza sanitaria all'estero

22 - Invio medicinali urgenti (prestazione valida all'estero)

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia, 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.

Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro dei medicinali da inviare, provvedendo poi alla spedizione nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

23 - Trasferimento/Rimpatrio sanitario (prestazione valida all'estero)

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato, 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 rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, 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;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- 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;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

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

24 - Rientro anticipato (garanzia valida all'estero)

Qualora l'Assicurato abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero superiore a 48 (quarantotto) ore o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di euro 800,00 per sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 (quindici) giorni dal sinistro il certificato attestante l'infortunio, la malattia improvvisa o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

25 - Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato (prestazione valida all'estero)

Qualora l'Assicurato venga ricoverato all'estero per un periodo superiore a 7 (sette) giorni e i familiari al suo seguito vogliano rimanergli accanto, la Società provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo entro il limite di euro 80,00 per notte e per persona e euro 500,00 per sinistro, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista. A tal fine la Società avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita. La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

26 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero (prestazione valida all'estero)

Qualora l'Assicurato, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato per un periodo superiore a 7 (sette) 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 residente nel paese di origine di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

27 - Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela (prestazione valida all'estero)

Qualora l'Assicurato, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, residente nel paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'Assicurato abbia già richiesto il "Viaggio di un familiare in caso di ricovero".

28 - Interprete a disposizione (prestazione valida all'estero)

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un istituto di cura all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Centrale Operativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500,00 per sinistro e per periodo di assicurazione.

29 - Rimpatrio salma (prestazione valida all'estero)

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale Operativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di inumazione nel paese di origine.

Il trasporto sarà eseguito secondo le norme internazionali in materia e dopo aver adempiuto tutte le formalità sul luogo del decesso.

La Società terrà a proprio carico i costi entro il limite di euro 8.000,00 per Assicurato.

Nel massimale sopra indicato sono comprese le spese per l'acquisto della bara.

Qualora le leggi del luogo impediscano il trasporto della salma o l'Assicurato abbia espresso il desiderio di essere inumato in quel paese, la Società metterà a disposizione di un familiare un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per presenziare alle esequie.

Sono escluse dalla prestazione le spese relative a:

- la cerimonia funebre e l'inumazione;
- l'eventuale recupero della salma;
- il soggiorno del familiare.

30 - Viaggio di un familiare in caso di decesso dell'Assicurato (prestazione valida all'estero)

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, la Centrale Operativa fornirà ad un familiare, che si trovi in Italia, un biglietto di andata/ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettergli di raggiungere il luogo del decesso.

La Società terrà a proprio carico i costi entro il limite di euro 800,00 per Assicurato.

Accesso a network convenzionato

31 - Network convenzionato (prestazione valida in Italia)

(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un ricovero, la Centrale Operativa fornirà informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- ricoveri presso centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati.

Resta inteso che la Centrale Operativa, non provvederà ad effettuare la prenotazione della prestazione ma fornirà una consulenza immediata sulla struttura sanitaria più idonea al caso.

ART. 13. ESCLUSIONI

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
 - i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

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. 14. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa ai seguenti numeri:

.....

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come “**Assicurato ASSOCIAZIONE ITALIANA MAMME**” e comunicare:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- recapito telefonico.

La denuncia dovrà essere effettuata prima possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga resta inteso che qualora la persona fisica 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 e comunque entro i termini di legge (art. 2952 C.C.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa ovvero da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza dal diritto alla prestazione-

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