

**GLOBAL ASSISTANCE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E
RIASSICURAZIONI S.p.A.
- Gruppo Assicurativo Ri.Fin.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

“INTEGRATIVA SPESE MEDICHE”

AMITRAVEL /AMITOUR

CONVENZIONE POLIZZA

INTEGRATIVA RSM”

Ed. 2/AMI.02

Data ultimo aggiornamento 23/05/2024

Polizza redatta secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazioni Consumatori
– Associazioni Intermediari, per contratti semplici e chiari

SOMMARIO

DEFINIZIONI – GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE.....	5
COSA È POSSIBILE ASSICURARE.....	7
SPESE MEDICHE DI EMERGENZA	8
TABELLA DELLE GARANZIE	
COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE.....	11
CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	12
ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO	15
ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI.....	16

DEFINIZIONI – GLOSSARIO

Ai termini sottoindicati, che nel testo delle Condizioni di Assicurazione che segue, sono stati rappresentati con carattere grafico corsivo, vengono attribuiti i seguenti significati:

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.
Bagaglio:	Quanto l'Assicurato porta con sé per il fabbisogno personale e non professionale, durante il Viaggio.
Certificato di Assicurazione:	Il Certificato di Assicurazione, consegnato all'assicurato da parte del Contraente, sul quale sono indicate le garanzie previste per l'Assicurato, costituisce prova dell'assicurazione
Centrale Operativa:	La struttura di International Care Company s.r.l. (con sede in Via Paracelso 24 - 20864 AGRATE BRIANZA -MB) costituita da: medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione e si obbliga a pagare il premio.
Danno indennizzabile:	Danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo;
Europa:	Italia, tutti i Paesi europei (sino ai confini dei Monti Urali) ed inoltre Canarie, Madera ed i seguenti Paesi del bacino del Mediterraneo: Algeria, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia (limitatamente alla parte europea).
Familiare:	Coniuge/convivente (purché risultante dallo stato di famiglia), figlio/a, genero o nuora, fratello o sorella, genitore, suocero/a.
Franchigia:	L'importo, espresso in cifra fissa od in percentuale, che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun Sinistro.
Frazionamento:	Suddivisione dell'annualità assicurativa in periodi di tempo scelti dal Contraente per le modalità di pagamento del Premio annuo.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio:	Evento dannoso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni obiettivamente constatabili.
Italia:	Il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
Malattia:	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
Malattia preesistente:	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data di inizio della copertura.

Massimale:	La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia e/o la prestazione prevista.
Modulo di adesione:	Modulo sottoscritto dall'Assicurato per aderire alla copertura assicurativa, nel quale l'Assicurato deve indicare le garanzie richieste ed i propri dati personali; tale modulo può anche essere integrato all'interno di Contratti di acquisto di pacchetti turistici o di servizi turistici, purché sia facilmente identificabile dall'Assicurato.
Mondo:	Tutti i Paesi del mondo (compresi Italia ed Europa).
Oggetti di valore:	Apparecchiature fotocineottiche, audio, video ed elettriche di qualunque tipo (compresi CD, DVD, audio e videocassette), telescopi e cannocchiali, oggetti di antiquariato, gioielli, orologi, pellicce, articoli di pelletteria, pelli animali, pietre preziose e articoli contenenti o realizzati con oro, argento o metalli preziosi.
Polizza:	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio:	La somma di denaro dovuta dal Contraente alla Società.
Premio annuo:	La somma di denaro dovuta dal Contraente per l'intera annualità assicurativa.
Premio alla firma:	La somma di denaro dovuta dal Contraente per il periodo intercorrente dalla data decorrenza Polizza alla data emissione prima quietanza.
Premio minimo:	La somma di denaro che il Contraente si obbliga a versare in ogni caso alla Società, nel corso dell'annualità assicurativa, e che è da intendersi garantito a favore della Società stessa.
Premio rate successive:	La somma di denaro dovuta dal Contraente in relazione al Frazionamento del Premio annuo reso operante.
Premio di regolazione:	La somma di denaro dovuta dal Contraente a conguaglio del Premio annuo.
Residenza:	Il luogo in cui l'Assicurato dimora abitualmente come risulta da certificato anagrafico.
Ricovero:	La degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.
Scoperto:	La percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Società/ Impresa di Assicurazione:	GLOBAL ASSISTANCE S.p.A.
Surrogazione:	La facoltà dell'Assicuratore che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.
Vettore:	Società che esegue il trasporto di cose e persone per conto di terzi.
Viaggio:	Lo spostamento dell'Assicurato dalla propria Residenza e/o il soggiorno, organizzato dal Contraente nei termini e con le modalità previste dal contratto di Viaggio.

CONDIZIONI CONTRATTUALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto di Assicurazione si intende perfezionato con la sottoscrizione del *Modulo di Polizza* e con il versamento del relativo *Premio*. Il *Premio* deve essere pagato presso l'Intermediario a cui è assegnato il contratto oppure direttamente alla *Compagnia*.

I mezzi di pagamento consentiti, salvo accordi specifici con la *Compagnia* (o l'intermediario) da valutare di volta in volta sono: bonifico bancario o postale, assegno bancario, circolare o postale non trasferibile, contanti (fino ai limiti consentiti dalla legge), Carte di credito e/o Carte di Debito (per importi superiori ad € 30,00).

Sono a carico del *Contraente* le imposte, le tasse, i contributi e tutti gli altri oneri fiscali stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al *Premio*.

La polizza collettiva decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della polizza oppure alla data del pagamento del premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla data di scadenza indicata sul simple di polizza.

Per ciascun Assicurato le garanzie decorrono dal giorno di partenza del Viaggio e hanno durata pari a quello del viaggio come risulta dal Servizio Turistico o Pacchetto Turistico acquistato presso il Tour operator/agenzia viaggi. La copertura cessa comunque automaticamente nel momento in cui l'Assicurato rientra alla propria residenza, indipendentemente dal numero di giorni per i quali è stata stipulata l'assicurazione.

Art. 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Polizza è operativa nei soli casi in cui la garanzia contrattualmente previste possano essere prestate in condizioni tali da non violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile, di seguito le condizioni di operatività.

1.1 – Polizza ad integrazione di altre coperture

La presente polizza opera esclusivamente per Assicurati che siano stati contemporaneamente inclusi (o abbiano aderito) al momento dell'acquisto del pacchetto turistico (o di un servizio turistico) organizzato o intermediato dal Contraente, oltre che nella presente polizza anche in una delle seguenti altre polizze AmiTravel o Amitour e purché in tali altre polizze sia presente la garanzia Rimborso Spese Mediche di Emergenza.

L'Assicurato può essere incluso o aderire alla presente polizza in un momento successivo a quello in cui sia stato incluso o abbia aderito ad una delle polizze AmiTravel o Amitour, purché avvenga prima della partenza.

1.2 – Polizza Collettiva e obblighi da parte del Contraente

Il Contraente si impegna:

- ad assicurare con la presente polizza tutti i propri clienti che acquistano un viaggio da lui organizzato;
- a consegnare, a tutti gli Assicurati, al momento della prenotazione e acquisto del viaggio, un documento (cd "Certificato Assicurativo") per acquisire le informazioni necessarie relative ai contenuti delle coperture assicurative offerte dalla polizza, indicazioni precise ove poter acquisite le informazioni integrali delle Condizioni di Assicurazione.

1.3 – Modalità di sottoscrizione

Qualora la polizza sia stipulata in forma Collettiva (come riportato in apposito campo sulla documentazione di polizza), accessoria ad un pacchetto turistico (o un servizio turistico) organizzato o intermediato dal Contraente, il Contraente è obbligato:

a) verso gli Assicurati:

- ad informare gli Assicurati preventivamente alla stipula del contratto di acquisto del pacchetto turistico (o servizio turistico), della presenza di assicurazioni obbligatorie o facoltative (come previsto dai contratti del settore turistico) nonché a consegnare alla stipula di tale contratto turistico il "Certificato di Assicurazione" ove sono riportate le informazioni necessarie relative ai contenuti delle coperture assicurative offerte dalla polizza, l'indicazione dell'Impresa di Assicurazioni che le eroga e le modalità di gestione delle prestazioni assicurate, fornendo altresì indicazioni precise ove poter acquisire le informazioni integrali delle Condizioni di Assicurazione;

b) verso l'Impresa di Assicurazione (Società):

- a dare preventiva comunicazione alla Società di ogni informazione riguardante testi e materiali pubblicitari che il Contraente desidera divulgare, nessuno escluso, che direttamente o indirettamente facciano riferimento sia alla Polizza che al logo/marchio del prodotto o dell'Impresa di Assicurazioni, essendo subordinato il tutto alla preventiva autorizzazione esplicita della Società;
- a comunicare alla Società, anche per il tramite dell'intermediario, i nominativi degli Assicurati (con le relative coperture assicurative) al momento della loro inclusione/prenotazione del viaggio o al più tardi entro la data di effetto della copertura per ciascun Assicurato;

La data di invio/spedizione del documento relativo la comunicazione di cui sopra sarà probante in caso di contestazione. Le inclusioni così comunicate saranno oggetto delle Regolazioni Premio.

La mancata comunicazione da parte del Contraente degli Assicurati secondo le modalità e i tempi contrattualmente pattuiti, comporterà la decadenza da ogni diritto a favore degli Assicurati, con responsabilità diretta ed esclusiva in capo al Contraente.

c) verso l'Intermediario-Distributore:

- a permettere ogni verifica, da parte dell'Intermediario che ha in carico la Polizza, sia sul rispetto di quanto ai precedenti punti del presente articolo, sia ad ogni altro obbligo contrattuale del Contraente.

1.4– Condizioni relative allo stato di salute

La polizza contiene alcune clausole contrattuali che subordinano la copertura assicurata (o l'esclusione) allo stato di salute dell'Assicurato e/o di altre persone che non necessariamente viaggiano con l'Assicurato ma dalla cui salute dipende il viaggio di quest'ultimo. In particolare, è stabilito e convenuto che la copertura non è prestata per problemi medici che l'Assicurato o tali altre persone presentavano prima della decorrenza della garanzia.

Art. 3 – DURATA– PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

La presente *Polizza* ha la durata prevista ed indicata sul *Modulo di Polizza* ed in mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata spedita almeno **30** giorni prima della scadenza, **è prorogata di un anno e così successivamente**. Per i casi in cui la legge od il contratto si riferiscono al periodo di Assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una **minore durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto**.

Art. 4 – FORO COMPETENTE - ARBITRATO

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del *Contratto* è esclusivamente competente il Foro di *Residenza* o domicilio elettivo del *Contraente* (o dell'*Assicurato*, se diverso dal *Contraente*), ovvero il Foro di Milano qualora il *Contraente* (o l'*Assicurato*, se diverso dal *Contraente*) risulti un soggetto giuridico titolare di partita Iva.

In caso di sinistro, qualora le due Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia tramite arbitrato ossia incaricando a tale scopo, in aggiunta ai propri periti, un terzo perito scelto di comune accordo.

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

Art. 5 – OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE

Sono operanti solo le garanzie richiamate sul Certificato di Assicurazione, per le quali è stato corrisposto il relativo premio, ed entro il periodo indicato nel medesimo Certificato

Art. 6 – ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali e tutti gli oneri stabiliti per legge relativi all'*Assicurazione* sono a carico del *Contraente*.

Art. 7 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono regolati esclusivamente dalla presente *Polizza*, dalle sue eventuali appendici e, per quanto non precisato in esse, dalle norme della legge italiana.

Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Quando la presente *Assicurazione* è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *Polizza* devono essere adempiuti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile. I diritti derivanti dalla *Polizza*, invece, spettano all'*Assicurato* e il *Contraente* non potrà farli valere se non con l'espresso consenso dell'*Assicurato*.

Art. 9 – RISCHI ASSICURABILI

9.1 – Soggetti assicurabili

Con il presente *Contratto* sono assicurabili esclusivamente i soggetti (persone fisiche) con residenza in Italia che devono effettuare un viaggio, con partenza dall'Italia, verso la *destinazione* prescelta.

Art. 10 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'*Assicurato* o del *Contraente*, rese al momento della stipula del *Contratto* o della sottoscrizione del Modulo di adesione (o sul contratto di acquisto del Servizio Turistico o del Pacchetto Turistico, qualora non sia previsto il Modulo di adesione), relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 11 – AGGRAVAMENTO DI RISCHIO E DETERMINAZIONE DEL PREMIO

L' *Assicurato* (o l'*Assicurato*) ha l'obbligo di comunicare alla Società ogni aggravamento di rischio.

La Società, una volta a conoscenza di circostanze aggravanti che comportino un premio maggiore, può richiedere la relativa **modifica delle condizioni in corso**.

Il premio è determinato in base ai dati indicati sul Modulo di adesione (o sul contratto di acquisto del Servizio Turistico o del Pacchetto Turistico, qualora non sia previsto il Modulo di adesione) con riferimento alla durata del viaggio/soggiorno, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati. Il *Contraente/Assicurato* è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alla prestazione o all'indennizzo nonché la cessazione dell'*assicurazione* ai sensi dell'art. 1898 Codice Civile.

Art. 12 – DIMINUIZIONE DI RISCHIO

L' *Assicurato* o il *Contraente* sono tenuti a comunicare alla Società qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del Rischio e che possano comportare la diminuzione del Rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del Rischio, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, la Società è tenuta a ridurre proporzionalmente il Premio o le rate di Premio a decorrere dalla prima

scadenza successiva alla suddetta comunicazione.

Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile, l'Assicurato o il Contraente deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni, da chiunque stipulate, per il medesimo Rischio.

In caso di Sinistro la Società sarà tenuta al pagamento della sola quota del sinistro in eccedenza rispetto ad altra polizza stipulata con altra Società.

Non è in ogni caso consentita la stipula di più polizze della Società a garanzia del medesimo rischio, al fine di elevare i capitali assicurati e/o prolungare la durata delle coperture.

Non è in ogni caso consentita la stipula di più polizze della Società a garanzia del medesimo rischio, al fine di elevare i capitali assicurati e/o prolungare la durata delle coperture.

Art. 14 – RECESSO PER SINISTRO

Dopo ogni denuncia di Sinistro e fino al 60° (sessantesimo) giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente - qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 3 comma 1 lett. a) del. D.lgs. 206/2005 (c.d. Codice del Consumo) - e la Società hanno la facoltà di recedere dal Contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata a.r. od anche mediante P.E.C. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° (trentesimo) giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. Ricevuta la comunicazione, la Società mette a disposizione del Contraente, entro 30 (trenta) giorni, la parte di Premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto. L'eventuale incasso dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro non può mai essere inteso come rinuncia alla facoltà di recesso.

Art. 15 – FRANCHIGIE/SCOPERTI

Le singole garanzie di polizza prevedono la liquidazione del sinistro previa applicazione di una franchigia/Scoperto a carico dell'Assicurato, il cui importo è determinato secondo quanto previsto ai rispettivi Capitoli e/o nella Tabella delle Garanzie.

Art. 16 – MASSIMALI E LIMITI PER EVENTO

Le coperture assicurative sono prestate fino a concorrenza dei relativi massimali assicurati a seconda del pacchetto prescelto, così come riportato nella Tabella delle Garanzie e nel Certificato di Assicurazione, e con i limiti di rimborso ivi indicati per singola prestazione, da intendersi quale disponibilità massima per persona e per periodo assicurativo.

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati, l'esborso massimo per la Società non potrà superare il massimo comunque di:

- € 1.000.000,00 per le garanzie – Rimborso Spese Mediche di Emergenza.

Se un Assicurato (o più assicurati) abbia (abbiano) oltre alla presente polizza anche la copertura Rimborso Spese Mediche prevista dalle polizze AmiTravel o Amitour, l'esborso massimo per la Società nel suo complesso tra tutte le polizze (la presente ed AmiTravel o Amitour) non potrà superare € 1.000.000 per le garanzie– Rimborso Spese Mediche di Emergenza.

Qualora gli Indennizzi liquidabili a sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Art. 17 – LIMITAZIONI SULLE ATTIVITÀ SPORTIVE

a) Sono sempre incluse in copertura le attività sportive (ad eccezione di quelle esplicitamente escluse e indicate al successivo punto b) a condizione che:

- non siano configurabili come gare/tornei/allenamenti/prove svolte a livello professionistico e/o sotto l'egida di Federazioni Sportive;
- vengano effettuate sotto la guida di istruttori esperti e qualificati, all'interno delle linee guida previste e con l'utilizzo di tutte le attrezzature di sicurezza eventualmente raccomandate.

Si intendono altresì ricomprese le gare/ tornei/allenamenti/prove svolte a livello ludico e/o ricreativo.

b) Sono escluse in ogni caso dalla copertura assicurativa le seguenti attività:

- alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing);
- gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti svolte a livello professionale o sotto l'egida delle Federazioni, a meno che non siano svolte a carattere ludico o ricreativo;
- salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante.

A parziale deroga di quanto previsto al presente paragrafo, si ritiene compreso l'esercizio delle seguenti attività sportive se svolte unicamente a carattere ludico o ricreativo:

Immersioni con autorespiratore fino a 30 metri (in presenza della prescritta abilitazione o con l'assistenza di un istruttore qualificato), Sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, Bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), Kite-surfing.

Art. 18 – ESCLUSIONE TERRITORIALE

La presente polizza non fornisce copertura in relazione a responsabilità, perdite o danni direttamente o indirettamente derivanti da viaggi in, verso o attraverso paesi in stato di guerra e/o insurrezione.

COSA È POSSIBILE ASSICURARE

SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

Le prestazioni della sezione SPESE MEDICHE operano anche in caso di Covid 19 e sue varianti accertate e certificate dalle competenti autorità.

Art. 19 – OGGETTO DELLA GARANZIA SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

La garanzia prevede il rimborso delle spese mediche di emergenza (cure, spese di ricovero ospedaliero, spese farmaceutiche, parcelle professionali, spese di ambulanza), a seguito di Infortunio/Malattia sostenute dall'Assicurato in viaggio, entro il limite specificato nel Certificato di Assicurazione che si intende in aggiunta a quanto già previsto dalla medesima garanzia prevista dalle polizze AmiTravel o Amitour operanti per il medesimo Assicurato di cui alla presente polizza, fermo comunque il limite massimo complessivo previsto dall'Art. 16

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta indicata nella "Tabella delle Garanzie", che rimane a carico dell'assicurato. Qualora il viaggio sia effettuato in un paese dell'Unione europea e l'Assicurato abbia ritirato la Tessera Europea di assicurazione Malattia (TEAM) presso l'ufficio ASL locale di residenza, e la esibisca per il pagamento delle Spese Mediche, non troverà applicazione la predetta franchigia.

In caso di mancato contatto e autorizzazione della Centrale Operativa, per i sinistri con importo superiore ad **€ 1.000,00 (euro mille)** verrà applicato lo scoperto indicato nella "Tabella delle Garanzie".

La garanzia prevede anche:

- 1 il rimborso delle spese per cure dentistiche urgenti e non procrastinabili al rientro presso la residenza dell'assicurato entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie". Tali spese dovranno essere esclusivamente prescritte da un'autorità medica in possesso dei diplomi o delle autorizzazioni richiesti nel Paese in cui esercita e legalmente abilitata alla pratica della professione;
- 2 le spese mediche sostenute in Italia successivamente al rientro a domicilio solo in caso di infortunio subito in viaggio, entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie", purché sostenute **entro 60 (sessanta) giorni** dalla data di rientro. In caso di malattia non saranno rimborsate le spese sostenute dall'assicurato dopo la data di termine del viaggio o successivamente al rientro al domicilio;
- 3 il rimborso delle spese mediche di emergenza, entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie", sostenute per la diagnosi e la cura, a seguito di Infortunio o Malattia non prevedibile, che abbia reso l'Assicurato in condizioni di inabilità temporanea tale da impedire la partecipazione al viaggio, purché l'Infortunio sia avvenuto/la Malattia non prevedibile si sia manifestata dopo l'acquisto del Servizio Turistico o del Pacchetto Turistico (che includano la copertura assicurativa) e prima della partenza del Viaggio.

La garanzia è limitata al rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato. **Qualora l'Assicurato abbia diritto ad un rimborso (o di presa in carico delle spese) da parte di uno o più soggetti terzi, la Società sarà tenuta a rimborsare soltanto la differenza fra le spese effettivamente sostenute e le spese garantite all'Assicurato da detti soggetti terzi.**

All'occorrenza e su espressa richiesta dell'Assicurato, la Società, tramite la Centrale Operativa di Assistenza, può saldare le spese di ricovero ospedaliero direttamente in valuta locale entro i limiti specificati nel Certificato di Assicurazione e nella "Tabella delle Garanzie", a condizione che il centro medico in questione accetti tale forma di pagamento. Tale servizio è soggetto alle disposizioni delle legislazioni italiana e locale in materia di controllo dei cambi.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato, in caso di sua malattia o infortunio, le prestazioni di seguito descritte tramite contatto con la Centrale Operativa di Assistenza, in funzione 24 ore su 24.

PRESTAZIONE	COME OPERA
Rimborso spese mediche	<u>Prestazione operante prima della partenza</u> Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o a malattia improvvisa avvenuti successivamente alla prenotazione del viaggio, debba sostenere prima della partenza delle spese mediche per la diagnosi e la cura, la Società gli riconoscerà il rimborso fino ad un massimale di € 600,00 in caso di Infortunio ed € 500,00 in caso di malattia improvvisa. Le spese di cui sopra: - saranno rimborsate al netto della franchigia assoluta di € 50,00, che rimane a carico dell'Assicurato e previo invio dei giustificativi in originale; - non saranno dovute laddove l'infortunio o la malattia siano tali da pregiudicare la partecipazione al viaggio prenotato e l'Assicurato benefici della garanzia Annullamento del viaggio di cui alla Sezione C della polizza Amitravel. La presente garanzia non opera per Amitour.
	<u>Prestazione operante durante il viaggio</u> La garanzia prevede il rimborso delle spese mediche di emergenza (cure, spese di ricovero ospedaliero, spese farmaceutiche, parcelle professionali, spese di ambulanza) sostenute dall'Assicurato per malattia improvvisa o infortunio durante il viaggio. Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 50,00 che rimane a carico dell'Assicurato. In caso di mancato contatto e autorizzazione della Centrale Operativa, per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 verrà applicato uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un

	minimo di € 50,00. La garanzia prevede anche: • <u>il rimborso delle spese sostenute in viaggio per cure dentistiche urgenti e non procrastinabili al rientro presso la residenza dell'Assicurato:</u> entro i massimali previsti delle presenti Condizioni di Assicurazione. Tali spese dovranno essere esclusivamente prescritte da un'autorità medica in possesso dei diplomi o delle autorizzazioni richiesti nel Paese in cui esercita e legalmente abilitata alla pratica della professione. • <u>le spese mediche sostenute dall'Assicurato al rientro in Italia a seguito di infortunio occorso in viaggio all'estero:</u> fino ad un massimo di € 500,00, purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro. In caso di malattia non saranno rimborsate le spese sostenute dall'Assicurato dopo la data di termine del viaggio o successivamente al rientro al domicilio. La garanzia è limitata al rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato. Qualora l'Assicurato abbia diritto a rimborso da parte di uno o più organismi di rimborso o di presa in carico delle spese, l'Assicuratore sarà tenuto a rimborsare soltanto la differenza fra le spese effettivamente sostenute e le spese garantite, che rimarranno a suo carico dopo il rimborso. All'occorrenza e su espressa richiesta dell'Assicurato, la Società può saldare le spese di ricovero ospedaliero direttamente in valuta locale entro i massimali previsti dalle presenti Condizioni di Assicurazione, a condizione che il centro medico in questione accetti tale forma di pagamento. Tale servizio è soggetto alle disposizioni delle legislazioni italiana e locale in materia di controllo dei cambi. Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese sostenute.
--	---

✚ 19.1– Decorrenza e durata della copertura

Le coperture regolate dalla presente sezione, se non diversamente specificato, **sono prestate 24 ore su 24 per tutta la durata del viaggio**, secondo le date e i paesi di destinazione indicati nell'Estratto di Polizza, a decorrere dalla fruizione del primo servizio contrattualmente previsto dal contratto stipulato con il Tour operator.

✚ 19.2– Condizioni di intervento della Centrale Operativa di Assistenza

In tutti i casi previsti dalle garanzie di seguito precisate soltanto le autorità mediche della Centrale Operativa di Assistenza sono abilitate a decidere in merito al rimpatrio, alla scelta dei mezzi di trasporto e al luogo di ricovero ospedaliero nonché in merito alla necessità dell'invio di un medico all'estero e, all'occorrenza, si mettono in contatto con il medico curante che è intervenuto sul posto e/o con il medico di base.

Le prenotazioni sono effettuate dalla Centrale Operativa di Assistenza, che ha il diritto di richiedere all'Assicurato i titoli di trasporto non utilizzati.

✚ 19.3– Erogazione delle prestazioni della Centrale Operativa di Assistenza

Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate ai sensi della presente sezione di polizza verranno rimborsate solo se preventivamente approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salvo le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto in tempo utile con la Centrale Operativa di Assistenza, anche tramite terze persone. In tal caso graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza. Tali spese sostenute senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa verranno rimborsate comunque entro la misura strettamente necessaria, a condizione che venga presentata idonea certificazione medica rilasciata in loco e i documenti di spesa, in originale. In mancanza di preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa verrà in ogni caso applicato uno scoperto pari al **25%** dell'importo da risarcire (con un minimo di € 50,00).

Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non sia in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche attraverso i documenti di spesa in originale.

Per usufruire delle prestazioni della presente Sezione bisognerà contattare la Centrale Operativa di Assistenza ai seguenti recapiti telefonici:

**Numero Verde (dall'Italia): 800 230 661
(dall'Estero): +39 039 655 466 17**

Nessuna delle prestazioni della presente sezione sarà fruibile qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Compagnia alle condizioni sopra specificate.

In tutti i casi occorrerà indicare alla Centrale Operativa di Assistenza:

Cognome – Nome dell'Assicurato, indirizzo, Nome del Contraente e, se disponibile, numero di polizza, natura della malattia o dell'Infortunio, recapito telefonico ove la persona malata o infortunata è reperibile.

Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate verranno pagate anticipatamente – ove possibile – dalla Centrale Operativa, salvo quelle effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone.

✚ 19.4– Circostanze eccezionali

La Società non sarà responsabile per i ritardi o gli impedimenti nell'erogazione dei servizi di cui alle garanzie descritte nella presente sezione A in caso di sciopero, sommossa, tumulto popolare, rappresaglie, restrizioni alla libera circolazione, qualsiasi atto di sabotaggio o terrorismo, di guerra civile o straniera, emissione di calore o irradiazione proveniente dalla disintegrazione del nucleo dell'atomo,

radioattività o altre cause fortuite o di forza maggiore e comunque di eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

19.5– Surrogazione o rivalsa nei confronti dei responsabili del sinistro

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche, laddove sia stato corrisposto un indennizzo, l'Assicuratore è surrogato, sino al limite di tale indennizzo, nei diritti e nelle azioni dell'Assicurato nei confronti di ogni responsabile del danno. Le presenti disposizioni non si applicano, tranne in caso di dolo, relativamente alle azioni di rivalsa nei confronti di discendenti, ascendenti, o soggetti che vivano abitualmente con l'Assicurato (purchè risulti da regolare certificazione), o prestatori di lavoro alle regolari dipendenze dell'Assicurato (collaboratori domestici, autisti).

19.6– Limiti e massimali

Di seguito i *massimali* e le limitazioni operanti:

Prestazioni	Massimali
Rimborso spese mediche:	
<u>Prima della partenza</u>	<u>Per Infortunio:</u> fino € 600,00/ <u>Per Malattia:</u> fino € 500,00
<u>Durante il viaggio:</u>	Entro il massimale <i>Assicurato</i> indicato, per destinazione, nel Modulo di Polizza.
♦ <u>Sottolimiti</u> per cure dentarie urgenti	€ 300,00

COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE

Art. 20– ESCLUSIONI

20.1– Esclusioni comuni a tutte le garanzie

ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:
	a) qualsiasi condizione medica (relativa a malattia o infortunio) cronica o preesistente, che sia stata oggetto di consultazione o esame medico e/o di cure o trattamenti, oppure che si sia manifestata e/o sia stata contratta prima della data di adesione alla polizza. Si intendono comprese in garanzia le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche che si siano manifestate successivamente all'iscrizione del viaggio e/o all'adesione alla polizza; b) un viaggio intrapreso: • contro il parere medico e/o, in ogni caso, con patologie in fase acuta • allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici; • se l'Assicurato è in lista di attesa per il ricovero in ospedale o se attende di ricevere l'esito di esami o accertamenti clinici; • se l'Assicurato ha ricevuto una prognosi terminale; c) patologie della gravidanza oltre le 24 settimane, interruzione volontaria della gravidanza, fecondazione assistita e loro complicazioni; d) patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici; e) espianto e/o trapianto di organi f) uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, abuso di alcool e assunzione anche occasionale di droghe; g) stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo o scioperi; h) perdita o danneggiamento di qualsiasi bene, salvo il caso di smarrimento o danneggiamento a carico del Vettore; i) perdita, spesa o passività derivante da: (i) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante da combustione nucleare; oppure (ii) radioattività, tossicità, esplosività o qualsiasi altra proprietà rischiosa di qualsiasi attrezzatura nucleare esplosiva o relativo componente; j) perdita, distruzione o danno direttamente causati da onde di pressione derivanti da qualsiasi aeromobile o altro oggetto volante che viaggi ad una velocità pari o superiore a quella del suono; k) un sinistro occorso mentre l'Assicurato si trova in, sta salendo su o sta uscendo da qualsiasi aeromobile, tranne che in qualità di passeggero pagante di un aeromobile munito di regolare licenza di trasporto passeggeri; l) attività di lavoro manuale; m) viaggi in zone remote, raggiungibili solo con mezzi di soccorso speciale; n) qualunque altro danno connesso all'evento denunciato e non coperto dalla presente assicurazione; o) sopraggiunta insolvenza del tour operator, della compagnia aerea o di qualunque altra società, ditta o persona ovvero dal fatto che qualsiasi dei suddetti soggetti non sia in grado o si rifiuti di onorare uno qualunque dei propri impegni nei confronti dell'Assicurato; p) coinvolgimento dell'Assicurato in qualsiasi atto doloso, illecito o criminoso, oppure se l'Assicurato è incluso in un database (governativo o di polizia) di terroristi o sospetti tali membri di organizzazioni terroristiche, trafficanti di droga o fornitori illegali di armi nucleari, chimiche o biologiche. Inoltre questa polizza non fornisce alcun tipo di copertura o indennizzo a favore di terroristi o membri di organizzazioni terroristiche, trafficanti di narcotici, fornitori di armi nucleari, chimiche o biologiche, in caso di sinistro, perdita, malattia, infortunio o responsabilità personale per spese sostenute direttamente o indirettamente. q) suicidio, tentato o consumato, dell'Assicurato, oppure autolesionismo o esposizione intenzionale a pericoli (tranne che nel tentativo di salvare vite umane); r) le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali; s) eventi per i quali, al momento della perdita, del danno o della passività indennizzabile a termini di polizza, è in corso un'altra polizza a copertura della stessa perdita, dello stesso danno o della stessa passività. In questi casi la società sarà tenuta al pagamento della sua sola quota. t) atti di temerarietà in genere u) dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato; v) svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco; w) terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali. L'assicurazione non copre: • la garanzia Invalidità Permanente da infortunio o malattia; • la garanzia Morte da infortunio o malattia; • Le diarie da ricovero, convalescenza, immobilizzo e inabilità da infortunio o malattia; • La garanzia difesa legale;

- del viaggio in caso di insolvenza o di fallimento del Contraente;
- Le patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici.

24.1 – Esclusione sanzioni

La Compagnia non è tenuta a fornire copertura e a indennizzare alcuna richiesta di risarcimento o a pagare alcunché - in virtù del presente contratto – qualora essa, la sua capogruppo, nel far ciò, incorrano nel pagamento di qualsivoglia sanzione, proibizione o restrizione prevista da risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, ai sensi delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea.

24.3 - Esclusioni specifiche di garanzia

Per le singole Garanzie, valgono inoltre le seguenti ulteriori esclusioni specifiche:

SPESE MEDICHE DI EMERGENZA	Le prestazioni di Spese Mediche di emergenza non sono dovute nei seguenti casi:
	a. in caso di ricovero, il costo di una camera singola, a meno che non sia indicata per ragioni di ordine medico; b. le conseguenze o ricadute di una condizione medica preesistente: si intendono comprese in garanzia le recidive imprevedibili di patologie preesistenti insorte dopo l'inizio del viaggio c. i fatti che possono essere penalmente sanzionabili in base alla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato; d. malattie nervose mentali, psichiatriche, psicologiche e psicosomatiche; e. le spese mediche derivanti da diagnosi, controlli o accertamenti relativi ad uno stato fisiologico (ad es. gravidanza) già noto anteriormente alla data di inizio del viaggio; f. le spese mediche o di altra natura relative a trattamenti chirurgici non ritenuti urgenti a giudizio dei medici curanti in loco e posticipabili successivamente al rientro alla residenza; g. le cure infermieristiche, termali, dimagranti, riabilitative o fisioterapiche e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; h. le spese per occhiali, lenti a contatto, protesi e apparecchi terapeutici di qualsiasi natura, sedie a rotelle e ausili similari alla deambulazione, esami e test di routine o check-up, test o trattamenti preventivi, esami e test di controllo in assenza di un infortunio o di una malattia inclusi in copertura; i. le spese di trapianto di organi non rese necessarie da un infortunio o da una malattia inclusi in copertura; j. le spese per interventi di chirurgia estetica o ricostruttiva e per trattamenti di benessere, le spese di vaccinazione, per sedute di agopuntura, massoterapia, le cure prestate da un chiropratico o da un osteopata; k. le spese e i trattamenti non prescritti da un'autorità medica abilitata; l. le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla sterilità e/o impotenza; m. le spese mediche sostenute successivamente al rientro alla residenza dell'Assicurato; n. le spese per contraccettivi; o. le spese mediche e dentarie di routine.

CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 25 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

A) Modalità per la denuncia del sinistro

L'Assicurato deve mettersi in contatto con la Società non appena venga a conoscenza di un qualsiasi evento coperto da questa polizza.

Nel caso che, a causa di una dichiarazione tardiva, vengano pregiudicati gli interessi della Società, l'Assicurato perderà qualsiasi diritto di risarcimento.

La Società ha affidato l'incarico, con apposito mandato, alla Società International Care Company s.r.l., ("Outsourcer") che agisce anche tramite la propria Centrale Operativa, per la gestione, per suo conto, di tutti i sinistri relativi le sezioni della presente Polizza collettiva.

B) Documentazione da inviare in caso di sinistro:

In base alle norme generali e a quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito e, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, dovrà essere inviata la documentazione di seguito indicata per ciascuna delle garanzie assicurative.

c) Criterio di liquidazione dei sinistri

L'Assicurato è tenuto ad inviare alla Società, o all'Outsourcer gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Occorre sempre fornire alla Società, o all'Outsourcer, gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro. Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in euro.

La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti elencati al precedente punto B, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso. La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.**

La corrispondenza e/o documentazione andranno inviate all'Outsourcer incaricato dalla Società:

<u>Via posta:</u> International Care Company s.r.l. – Ufficio Sinistri Via Paracelso 24 – 20864 AGRATE BRIANZA (MB) <u>o, in alternativa, via mail:</u> sinistri.turismo@internationalcarecompany.com

Si prega di osservare altresì gli obblighi in materia di denuncia e prova dei sinistri che sono contenuti nelle sezioni della polizza che descrivono le coperture che intendete attivare. Per prevenire le richieste di risarcimento fraudolente, i dati personali degli assicurati sono archiviati su computer e potranno essere trasferiti ad un sistema centralizzato. Tali dati sono conservati in ottemperanza alla normativa sulla tutela dei dati.

D) Condizioni generali applicate alla gestione delle denunce di sinistro

- a)** L'Assicuratore non risponde di perdite o danni causati dalla mancata adozione, da parte dell'Assicurato, di ragionevoli misure atte a salvaguardare i propri beni.
- b)** L'Assicurato deve compiere ogni ragionevole sforzo per recuperare gli eventuali articoli smarriti o sottratti e collaborare con le autorità per consentire loro di individuare e perseguire gli eventuali responsabili.
- c)** L'Assicurato deve compiere ogni ragionevole sforzo per evitare o ridurre qualsiasi danno che potrebbe determinare una richiesta di risarcimento in base alla presente polizza.
- d)** L'Assicurato deve conservare i documenti di polizza ai fini della prova della copertura. In caso di sinistro, tali documenti potranno essere richiesti dalla Compagnia per ottenere l'esecuzione della prestazione garantita.
- e)** Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in euro. La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.
- f)** L'Assicurato deve collaborare con la Società affinché quest'ultima possa rivalersi su altri soggetti o altri Assicuratori per recuperare gli importi eventualmente corrisposti. A tale scopo l'Assicurato deve fornire alla Società tutte le informazioni richieste e compilare gli eventuali moduli necessari.
- g)** Chiunque tenti di avanzare una richiesta di risarcimento fraudolenta o utilizzi mezzi fraudolenti per formulare una richiesta di risarcimento è passibile di azione legale. Inoltre, il sinistro fraudolento non sarà risarcito e la copertura assicurativa potrà essere considerata nulla.
- h)** L'Assicurato deve fornire alla Società tutti i documenti necessari ai fini della gestione del sinistro. Sono a suo carico gli eventuali costi associati all'acquisizione di tali documenti.
- i)** L'Assicurato deve conservare gli eventuali articoli danneggiati e spedirli, dietro richiesta, alla Società. Sono a suo carico gli eventuali costi associati.
- j)** Su richiesta della Società, l'Assicurato deve accettare di sottoporsi a visita medica. In caso di decesso dell'Assicurato, la Società ha facoltà di richiedere un esame autoptico.
- k)** L'Assicurato deve rimborsare alla Società, entro un mese dalla relativa richiesta, qualunque importo liquidato ma non coperto dalla presente polizza.

**SPESE MEDICHE
DI EMERGENZA**

✚ **25.1.1 – Denuncia Sinistri di rimborso spese mediche:**

In caso di richieste di necessità di sostenere spese mediche di emergenza per malattia improvvisa o infortunio in viaggio o prima della partenza, contattare immediatamente la Centrale Operativa, in funzione 24 ore su 24, telefonando al numero della Centrale Operativa di Assistenza:

NUMERO VERDE (dall'Italia): **800 230 661**
(dall'Estero): **+39 039 655 466 17**

e comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e cognome dell'**Assicurato** malato/infortunato
- Nome del Contraente e Numero della Polizza collettiva (indicati nel "Certificato Assicurativo")
- Motivo della chiamata
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale è reperibile l'**Assicurato** malato/infortunato.

✚ **25.1.1 – Documentazione da inviare in caso di sinistro:**

◆ **RIMBORSO SPESE MEDICHE**

- Certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito
- Copia completa della cartella clinica in caso di ricovero;
- Prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- Prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.

In ogni caso l'**Assicurato** deve, entro e non **oltre 10 giorni** dalla conclusione del viaggio, denunciare il sinistro alla Compagnia con una delle seguenti modalità:

via mail all'indirizzo: **sinistri.turismo@internationalcarecompany.com**
via telefono al numero: **039 655 466 17** (attivo 24 ore su 24)

Art. 26 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La *Compagnia*, verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno, ne dà esito all'Assicurato entro **30 giorni** (o **90 giorni** per gli eventi rientranti nella garanzia Infortuni), dal ricevimento di tutta la necessaria documentazione e conclusione degli eventuali accertamenti peritali del caso.

Il pagamento dell'Indennizzo è eseguito, nella valuta corrente in Italia. In caso di rimborso di spese sostenute in valuta estera verrà applicato il cambio ufficiale di chiusura del giorno in cui è stata sostenuta la spesa.

ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio (1) e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunziata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'Assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo Anno.

Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma Assicurato. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c.

Art. 1898 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.

L'Assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio. Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.

Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1907 - Assicurazione parziale

Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913 - Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro

L'assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il Sinistro o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del Sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, [dagli affiliati], dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI

Il contratto prevede l'applicazione di **franchigie** e/o **scoperti** per la liquidazione del danno e l'indicazione di **massimali** entro cui la Compagnia si presta a liquidare le garanzie delle singole Sezioni.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di funzionamento dell'applicazione di scoperti, franchigie e massimali, si riportano di seguito alcune esemplificazioni numeriche:

FRANCHIGIA:



Esempio 1)	Esempio 2)
Danno: € 1.000	Danno: € 250
Franchigia: € 100	Franchigia: € 300
Risarcimento: € 900 (€ 1.000 - € 100)	Risarcimento: nessun risarcimento è dovuto perché il danno è inferiore alla franchigia

SCOPERTO:

Esempio 1)	Esempio 2)
Danno: € 10.000	Danno: € 1.000
Scoperto (applicato al danno): 10% con il minimo di € 250,00	Scoperto (applicato al danno): 10% con il minimo di € 250
Risarcimento: € 9.000 (€ 10.000 – 10%)	Risarcimento: € 750 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

MASSIMALE:

Esempio 1)	Esempio 2)
Massimale: € 4.000	Massimale: € 4.000
Danno: € 5.000	Danno: 3.000
Risarcimento: € 4.000	Risarcimento: € 3.000

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni particolari e dei dati relativi a condanne penali e reati.

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1. CATEGORIE DI DATI PERSONALI TRATTATI

Il "dato personale" è "qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("interessato)". Ai fini della presente Informativa il Titolare tratta i seguenti dati personali: nome, cognome, indirizzo, e-mail, numero telefonico, codice fiscale o P. IVA dell'interessato e dei soggetti da lui indicati per la copertura assicurativa. Oltre alle categorie di dati indicati potranno anche essere trattati, previo consenso espresso dell'interessato, anche per conto degli altri soggetti inclusi nella copertura assicurativa, i dati relativi a condanne penali e reati di cui all'art. 10 del GDPR.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte del Titolare delle seguenti finalità:

- Procedere all'elaborazione di preventivi Assicurativi, sulla base delle informazioni ricevute;
- Procedere alla valutazione dei requisiti per l'assicurabilità dei soggetti interessati alla stipula del contratto;
- Procedere alla conclusione, gestione ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- Adempiere ad eventuali obblighi previsti dalla legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- Esercitare i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio.

Il trattamento avviene nell'ambito di attività assicurativa e riassicurativa, a cui il Titolare è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei Vostri dati personali, inclusi i dati particolari ai sensi dell'art. 9 GDPR, è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 comma 1 n. 2) del GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Vostri dati personali sono sottoposti a trattamento in formato sia cartaceo che elettronico.

4. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI E CONSEGUENZE DEL RIFIUTO

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati può essere:

- a) Obbligatorio in base ad una legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio Antiriciclaggio, Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile)
- b) Strettamente necessario alla redazione di preventivi assicurativi;
- c) Strettamente necessario alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;

L'eventuale rifiuto dell'interessato di conferire i dati personali comporta l'impossibilità di procedere alla conclusione, gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione e liquidazione dei sinistri relativi ai medesimi contratti.

Il mancato consenso al trattamento dei dati relativi a condanne penali o reati comporterà l'impossibilità di includere la copertura della Tutela Legale all'interno del contratto.

5. CONSERVAZIONE

I dati personali conferiti per le finalità sopra esposte saranno conservati per il periodo di validità contrattuale assicurativa e successivamente per un periodo di 10 anni. Decorso tale termine i dati personali saranno cancellati.

6. ACCESSO AI DATI

I Vostri dati personali potranno essere resi accessibili per le finalità di cui sopra:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di soggetti designati;
- A intermediari assicurativi per finalità di conclusione gestione, ed esecuzione di contratti assicurativi e gestione dei sinistri relativi ai medesimi contratti;
- A soggetti esterni che forniscono servizi in outsourcing al Titolare;
- A riassicuratori con i quali il Titolare sottoscrive specifici trattati per la copertura dei rischi riferiti al contratto assicurativo.

7. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Titolare potrà comunicare i Vostri dati, per le finalità di cui al punto 2 precedente e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge, a terzi soggetti operanti nel settore assicurativo, società di servizi informatici o società a cui il Titolare ha affidato attività in outsourcing o altri soggetti nei confronti dei quali la comunicazione è obbligatoria.

8. DIFFUSIONE

I dati personali di cui alla presente informativa non sono soggetti a diffusione.

9. TRASFERIMENTO DATI ALL'ESTERO

La gestione e la conservazione dei dati personali avverrà su server ubicati all'interno del territorio italiano o comunque dell'Unione Europea. I dati non saranno oggetto di trasferimento all'esterno dell'Unione Europea.

10. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di interessati, avete i diritti riconosciuti dall'art. 15 del GDPR, in particolare di:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che vi riguardano;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, degli eventuali responsabili e dell'eventuale rappresentante designati ai sensi dell'art. 3 comma 1 del GDPR; e) dei soggetti e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quanto avete interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che vi riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che vi riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale. Ove applicabili, avete altresì i diritti di cui agli articoli 16 – 21 del GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

11. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail, una PEC, un fax o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare. E' possibile contattare direttamente il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD o Data Protection Officer – DPO al seguente indirizzo email: info@text.it.

12. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il titolare del trattamento è:

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A.

Piazza Armando Diaz n. 6 - 20123 – Milano

Email: global.assistance@globalassistance.it

PEC: globalassistancespa@legalmail.it

Fax: 02/43335020