



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER I DANNI CONNESSI A VIAGGIO
TURISTICO**

TP COLLETTIVO

Condizioni di Assicurazione

Modello: TPC **Edizione:** 09/2020

DEFINIZIONI (Termini specifici validi per le presenti Condizioni Generali di Assicurazione)

Assicurato: l'aveute diritto alle prestazioni di assistenza secondo le norme della presente polizza, che ha acquistato un Viaggio presso il Contraente;

Assicurazione: il contratto di Assicurazione senza oneri diretti o indiretti a carico dell'Assicurato;

Assistenza: l'aiuto tempestivo 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;

Biglietto di Viaggio: Documento di trasporto in: treno (prima classe), aereo (classe economica), nave (classe turistica) o altro mezzo di trasporto;

Certificato di Assicurazione: documento numerato, rilasciato all'Assicurato al momento della prenotazione del Viaggio e riportante il numero identificativo, le prestazioni, le garanzie;

Contraente: Soggetto che stipula l'Assicurazione a favore delle persone fisiche che acquistano un Viaggio;

Estensione Territoriale: Italia (incluse Repubblica di San Marino e Città del Vaticano), Europa e Mondo;

Europa: Italia, tutti i paesi europei (sino a i 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;

Frontespizio: il documento sottoscritto dalla Parti che forma parte integrante della Polizza;

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;

Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

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 cronica: la malattia che sia preesistente alla sottoscrizione della polizza e che abbia necessitato negli ultimi 12 mesi indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri o trattamenti/terapie;

Malattia improvvisa: Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza alla data di inizio della copertura e che comunque non sia una manifestazione di una Malattia preesistente;

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;

Mondo: tutti i paesi del mondo (compresi Italia ed Europa);

Nucleo familiare: le persone risultanti dallo stato di famiglia;

Pandemia (o di natura pandemica) Una patologia ha natura pandemica quando è improvvisa ed invasiva quindi con tendenza a diffondersi rapidamente e con violenza in vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla, con capacità di trasmissione da uomo a uomo, derivante da un agente patogeno verso cui non è presente immunità specifica; una sindrome influenzale è di natura pandemica se derivante da un agente patogeno infettivo che causa malattie respiratorie per le quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida ed invasiva ed interessa molti paesi o continenti e/o gran parte della popolazione mondiale (ad esempio COVID 19).

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;

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 di decorrenza della Polizza alla data di 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: ai sensi dell'art. 43.2 del Codice Civile, il luogo in cui l'Assicurato risiede abitualmente e ha stabilito la propria Residenza anagrafica (abitazione) come risulta dal 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: Sara Assicurazioni S.p.A.;

Struttura Organizzativa: Struttura Organizzativa: la struttura di ACI Global Servizi S.p.A., con sede sociale in via Stanislao Cannizzaro 83/A, 00156 Roma e con sede secondaria in Via Montalbino 3/5 20159 Milano costituita da: responsabili, personale (medici, tecnici, operatori) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Si rende noto che la Compagnia ha con detta struttura organizzativa rapporti di gruppo, rapporti di affari propri o di società del Gruppo. A tal riguardo la Società ha elaborato, attuato e mantiene efficaci presidi organizzativi e amministrativi per la gestione di eventuali conflitti di interesse e si impegna comunque ad agire in modo da non recare pregiudizio agli interessi dei contraenti;

Vettore: società che esegue il trasporto di cose e persone per conto 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.

— SEZIONE UNO —

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON IL CONTRAENTE

ART. A) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DI RISCHIO

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

ART. B) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di Sinistro, **il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma dell'Articolo 1910 del Codice Civile.** La mancata comunicazione, anche se colposa, comporterà il diritto della Società a negare l'indennizzo.

ART. C) PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il pagamento del premio va eseguito presso l'Agenzia e/o Ufficio cui è assegnata la Polizza o presso la sede della Società. L'eventuale tolleranza al ritardo non comporta rinuncia alla validità ed efficacia della presente clausola, con particolare ma non esclusivo riferimento alla sospensione della garanzia assicurativa.**

ART. D) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere approvate per iscritto.

ART. E) DURATA DELL'ASSICURAZIONE – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La presente Polizza ha la durata prevista ed indicata sul Frontespizio di Polizza ferma restando la possibilità di disdetta alla scadenza annuale fra le Parti. **In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.**

Per i casi nei quali la legge o 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. F) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di 60 giorni. Nel caso in cui sia la Società a recedere dal contratto, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di Premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART. G) ONERI FISCALI

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

ART. H) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolamentato dalla Legge Italiana.

ART. I) FORO COMPETENTE

Il Foro competente per l'interpretazione, esecuzione, risoluzione e per ogni controversia riguardante la presente Polizza, è esclusivamente quello di Milano.

ART. J) DECORRENZA E DURATA DELLA GARANZIA

Premesso che **le garanzie decorrono dalla data di inizio del Viaggio e terminano con la conclusione del Viaggio e comunque alla scadenza della Polizza**, resta inteso che:

1. La garanzia Annullamento (se operante) decorre dalle ore 24 della data di iscrizione al Viaggio od al soggiorno e termina all'inizio del Viaggio stesso o del soggiorno, considerando come inizio il momento in cui l'Assicurato dovrebbe essere presente nel luogo di partenza o di locazione.
2. Le altre garanzie previste in Polizza hanno efficacia dalla data di inizio del Viaggio o del soggiorno e terminano alla data di conclusione del Viaggio o del soggiorno (salvo quanto diversamente previsto alle singole prestazioni) fermo restando che, comunque, l'efficacia delle garanzie rese operanti, non sarà maggiore di 60 giorni consecutivi dalla data di inizio del Viaggio o del soggiorno.
3. Gli Assicurati, in data precedente alla eventuale disdetta della Polizza, restano comunque in copertura sino alla scadenza prevista dalle singole garanzie.
4. Limitatamente agli Assicurati residenti e domiciliati all'estero in Paesi extra Unione Europea (Svizzera esclusa), tutte le prestazioni di Assistenza che prevedano l'erogazione dei servizi alla Residenza, saranno erogate unicamente sino alla località di partenza del Viaggio in Italia.
5. Per gli Assicurati residenti e domiciliati all'estero il cui Viaggio si svolga in Italia, tutte le prestazioni di Assistenza che prevedano l'erogazione dei servizi alla Residenza, saranno erogate sino alla effettiva località di Residenza degli Assicurati, salvo quanto diversamente previsto alle singole prestazioni.

ART. K) ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione, salvo eventuale diversa indicazione alle singole garanzie, è valida per i sinistri avvenuti in tutti i paesi riguardanti il Viaggio regolarmente comunicato alla Società. In particolare:

- dalla stazione di partenza a quella di arrivo del Viaggio in Italia, se lo stesso avviene in treno, aereo, pullman, nave;
- ad oltre 50 km dal luogo di Residenza dell'Assicurato, nel caso di Viaggio in auto od altro mezzo non sopracitato.

ART. L) RIMBORSO PER LE PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di Assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

La Società ha il diritto di richiedere all'Assicurato o chi per esso, l'eventuale biglietto di Viaggio non utilizzato, nel caso in cui la Struttura Organizzativa abbia provveduto al suo rientro.

ART. M) MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

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 indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. N) LIMITAZIONI DI RESPONSABILITA'

La Società non assume responsabilità per ritardi od impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni Generali e Particolari di Polizza nonché per l'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'Assistenza. Inoltre, con riferimento a prestazioni di assistenza sanitaria, anche di trasporto, la Società subordina l'erogazione delle medesime alla valutazione medica espressa dai sanitari della Struttura Organizzativa, anche di concerto con medici in loco, salvo in ogni caso, il rispetto delle norme tutte vigenti in Italia e nei paesi interessati e, comunque, nel rispetto della sicurezza dell'Assicurato e dei terzi.

ART. O) DETERMINAZIONE DEL PREMIO E MODALITA' DI PAGAMENTO DEI PREMI

Le modalità della determinazione del Premio annuo e del pagamento dei premi sono stabilite ed operanti in base al diverso parametro tariffario scelto dal Contraente all'atto della stipula della Polizza come di seguito previsto.

a) Parametro tariffario FATTURATO

Premesso che il Contraente si obbliga, al momento della sottoscrizione della Polizza e ad ogni rinnovo, a comunicare alla Società l'importo annuo lordo del **FATTURATO** relativo all'organizzazione di pacchetti turistici, resta inteso che il Premio annuo verrà determinato moltiplicando l'importo del fatturato previsto per l'annualità relativa per il tasso annuo riportato sul Frontespizio di Polizza.

L'importo così determinato ha natura di mera previsione e sarà oggetto di regolazione a fine annualità assicurativa.

Inoltre, entro 60 giorni dal termine di ogni periodo di Assicurazione, il Contraente comunicherà alla Società il fatturato effettivo del periodo trascorso: se tale fatturato sarà maggiore di quello previsto sul Frontespizio di Polizza, la Società provvederà all'emissione di un'appendice di regolazione moltiplicando il maggior fatturato per il tasso stabilito in Polizza.

b) Parametro tariffario NUMERO PAX

Premesso che il Contraente si obbliga, al momento della sottoscrizione della Polizza e ad ogni rinnovo, a comunicare alla Società il **NUMERO PAX** relativo agli Assicurati previsti, resta inteso che il Premio annuo verrà determinato moltiplicando il minor Premio unitario riportato sul Frontespizio di Polizza relativo alla durata Viaggio, per detto NUMERO di Assicurati previsti.

L'importo così determinato ha natura di mera previsione e sarà oggetto di regolazione.

Inoltre, il Contraente si obbliga a comunicare i nominativi degli iscritti/partecipanti Assicurati nonché la data di prenotazione, la data di partenza ed inoltre la durata e la destinazione del Viaggio. Tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società entro la data di decorrenza delle garanzie. Nel caso di ritardata comunicazione dei dati di cui sopra, le prestazioni decorreranno dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione stessa. La data del documento di comunicazione sarà probante in caso di contestazione.

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.

Al termine di ogni periodo di regolazione previsto sul Frontespizio di Polizza, nel caso il Premio risultante in base alle comunicazioni di cui al precedente comma fosse maggiore dei premi versati dal Contraente, la Società provvederà ad emettere un'appendice di regolazione in base alla differenza risultante.

c) Parametro tariffario COSTO VIAGGIO

Premesso che il Contraente si obbliga, al momento della sottoscrizione della Polizza e ad ogni rinnovo, a comunicare alla Società il **COSTO VIAGGIO** relativo agli Assicurati previsti, resta inteso che il Premio annuo verrà determinato moltiplicando il minor Premio unitario riportato sul Frontespizio di Polizza relativo alle diverse ipotesi di COSTO VIAGGIO, per il numero degli Assicurati previsti.

L'importo così determinato ha natura di mera previsione e sarà oggetto di regolazione.

Inoltre, il Contraente si obbliga a comunicare i nominativi degli iscritti/partecipanti Assicurati nonché la data di prenotazione, la data di partenza ed inoltre la durata, il costo e la destinazione del Viaggio. Tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società entro la data di decorrenza delle garanzie. Nel caso di ritardata comunicazione dei dati di cui sopra, le prestazioni decorreranno dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione stessa. La data del documento di comunicazione sarà probante in caso di contestazione.

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.

Al termine di ogni periodo di regolazione previsto sul Frontespizio di Polizza, nel caso il Premio risultante in base alle comunicazioni di cui al precedente comma fosse maggiore dei premi versati dal Contraente, la Società provvederà ad emettere un'appendice di regolazione in base alla differenza risultante.

d) Condizioni operanti per tutti i parametri tariffari sopra indicati

Alla sottoscrizione della presente Polizza e ad ogni suo rinnovo, il Contraente si obbliga a versare il Premio annuo, così come indicato sul Frontespizio di Polizza, che è da corrispondere in base al Frazionamento ivi previsto, determinando in tal modo il Premio alla firma e il Premio rate successive. Inoltre, è facoltà delle Parti stabilire un Premio minimo garantito (così come indicato sul Frontespizio di Polizza) che rimarrà in ogni caso acquisito dalla Società.

Gli importi risultanti dalle appendici di regolazione dovranno essere pagati dal Contraente entro 30 giorni dalla data di emissione delle appendici stesse.

Trascorso tale termine, in assenza di pagamento, la Società avrà facoltà di agire per il recupero del credito con addebito dei relativi costi.

La Società ha il diritto di effettuare accertamenti e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

ART. P) PUBBLICAZIONI E DOCUMENTAZIONI

Il Contraente consegna agli Assicurati una sintesi delle prestazioni assicurative (Certificato di Assicurazione).

Gli Assicurati possono richiedere il testo delle Condizioni contrattuali direttamente al Contraente ovvero alla Società.

Il Contraente si obbliga a dare preventiva comunicazione alla Società di ogni informazione riguardante testi e materiali pubblicitari da lui divulgati nessuno escluso che direttamente o indirettamente facciano riferimento sia alla Polizza che al logo/marchio del prodotto o delle società, essendo subordinata tale riproduzione ad espresso consenso della Società.

ART. Q) COMUNICAZIONE PER L'OPERATIVITA' DELLA GARANZIA

Ai fini dell'adempimento agli obblighi previsti dal Regolamento ISVAP nr. 27 il Contraente comunicherà alla Società (a mezzo fax, lettera raccomandata od altro supporto informatico), i nominativi degli Assicurati che hanno acquistato un Viaggio presso il Contraente.

Fermo restando quanto previsto all'art. C) PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE, le garanzie previste in Polizza hanno efficacia dalla data di inizio Viaggio (o di inserimento della copertura assicurativa se si tratta della garanzia Annullamento) e terminano con la conclusione del Viaggio stesso (o alla data di partenza se si tratta della garanzia Annullamento) e comunque alla scadenza della Polizza. Nel caso di ritardata comunicazione dei parametri di cui sopra, le prestazioni decorreranno dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione stessa. La data del documento di comunicazione sarà probante in caso di contestazione.

Il mancato adempimento a tali obblighi da parte del Contraente comporterà la mancata decorrenza della copertura assicurativa con esclusione di ogni diritto a favore degli aventi diritto e responsabilità diretta ed esclusiva in capo al Contraente in caso di contestazione.

ART. R) MASSIMALI E LIMITI

1. Resta inteso fra le Parti che la copertura assicurativa è prestata per le garanzie, con le relative somme assicurate e con i parametri tariffari indicati sul Frontespizio di Polizza.
2. **Nel caso in cui la Polizza preveda un Massimale per evento, qualora nell'evento siano coinvolti più Assicurati anche se con polizze diverse emesse dalla Società, e la somma dei singoli indennizzi ecceda il Massimale previsto per evento, la Società ridurrà gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato proporzionalmente ai massimali individuali.**
3. **Fatta eccezione per le garanzie "Assistenza alla persona", per tutte le altre coperture assicurative, in caso di Sinistro, i massimali si intendono ridotti di un importo uguale a quello del danno indennizzato o indennizzabile con effetto immediato e fino al termine del periodo assicurativo in corso, senza corrispondente restituzione del Premio.**
4. **Limitatamente alla garanzia "Assistenza", il limite massimo di spesa a carico della Società per l'erogazione delle prestazioni previste a seguito di uno stesso Sinistro che coinvolga più Assicurati è di Euro 52.000,00 per Sinistro.**

In caso di eccedenza di spesa rispetto al limite suddetto, l'importo che la Società terrà a proprio carico, per l'erogazione delle prestazioni, sarà suddiviso proporzionalmente tra gli Assicurati coinvolti nello stesso Sinistro.

CONDIZIONI GENERALI A FAVORE DI TERZI

ASSICURAZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA

ART. 1) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce all'Assicurato, iscritto e partecipante al Viaggio organizzato dal Contraente, a seguito del verificarsi di un Sinistro, le prestazioni di Assistenza di seguito specificate, fino alla concorrenza dei limiti previsti.

ART. 1.1 INFORMAZIONI SANITARIE

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative a:

- situazioni climatiche;
- profilassi, vaccinazioni, patologie locali;
- Istituti di cura, medici specialisti;
- cautele da adottare in relazione alla situazione sanitaria locale del Paese di destinazione del Viaggio, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà le informazioni richieste.

ART. 1.2 CONSIGLI MEDICI

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, abbia necessità di parlare per telefono con un medico per avere consigli in merito alla patologia in corso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà i consigli medici richiesti.

ART. 1.3 TRASPORTO IN AMBULANZA

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, necessiti di essere trasferito presso il più vicino Istituto di cura o luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare un'autoambulanza tenendo a proprio carico il relativo costo.

ART. 1.4 INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o di Malattia improvvisa, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi Familiari, stabilirà un collegamento continuo tra i medici di guardia presso la Struttura Organizzativa stessa ed i medici che hanno in cura l'Assicurato sul posto, mantenendo informati i Familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

ART. 1.5 INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato necessiti di essere visitato da un medico generico presso la propria Residenza in Italia, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, avvenuti nel periodo compreso fra la data di iscrizione al Viaggio e la data di partenza e qualora i medici di guardia della Struttura Organizzativa lo giudichino necessario, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare, tenendo a proprio carico il relativo onorario, un medico generico reperibile nella zona in cui risiede l'Assicurato.

Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Struttura Organizzativa fosse disponibile e sempre che l'intervento del medico sia ritenuto urgente dalla Struttura Organizzativa, la stessa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato malato in un pronto soccorso, mediante ambulanza. **I costi dell'ambulanza sono a carico della Società.**

ART. 1.6 SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, avvenuti in Viaggio, emerga la necessità che l'Assicurato si debba sottoporre ad una visita specialistica, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnalerà all'Assicurato un medico nella zona in cui esso si trova. Ove non fosse disponibile alcun medico specialista, la Struttura Organizzativa potrà segnalare un medico generico. **Il costo della visita rimane a carico dell'Assicurato.**

ART. 1.7 RECAPITO MEDICINALI URGENTI

Qualora nel corso di un Viaggio all'estero una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante fosse introvabile sul posto, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali nonché eventuali limitazioni in tema di commercializzazione e distribuzione del farmaco prescritto, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà a fargli

pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido. La Società tiene a proprio carico le sole spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali, mentre **il costo degli stessi rimane a totale carico dell'Assicurato il quale provvederà a rimborsare l'importo dovuto alla Società al suo rientro dal Viaggio. La prestazione non è operante qualora siano reperibili in loco specialità equivalenti oppure se le specialità richieste non siano registrate in Italia.**

ART. 1.8 RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga colpito da Infortunio o Malattia Improvvisa e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, previo consulto con i medici curanti sul posto, ritengano necessario un suo trasferimento dal luogo del Ricovero ad un Istituto di cura prossimo alla sua Residenza, allo scopo di assicurare una cura adeguata alla patologia dell'Assicurato, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, definirà le modalità del rientro e provvederà a:

a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato con mezzo idoneo a scelta della Società (aereo sanitario, aereo di linea eventualmente barellato, treno/vagone letto o autoambulanza); **il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà aver luogo esclusivamente da tutti i Paesi definiti Europa; da tutti gli altri Paesi il trasferimento, ove necessario, avverrà esclusivamente, a scelta della Società, con aereo di linea, eventualmente barellato, limitatamente ai casi in cui le condizioni dell'Assicurato lo permettano. Diversamente non si darà luogo ad alcuna prestazione o Indennizzo;**

b) assistere l'Assicurato, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato sono a carico della Società, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto. **Non danno luogo al trasferimento le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie, gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il Viaggio o che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.**

ART. 1.9 TRASFERIMENTO PER INCIDENTE DA DECOMPRESSIONE

Qualora l'Assicurato in Viaggio abbia manifestato la sintomatologia caratteristica di Malattia da decompressione o di embolia gassosa arteriosa a seguito di immersione subacquea con autorespiratore, la Società, tramite la Struttura Organizzativa e sulla base di valutazioni cliniche e previo accordo tra i propri medici ed il medico curante sul posto, organizzerà il trasporto sanitario dell'Assicurato infortunato dal luogo di primo Ricovero fino al centro sanitario iperbarico più vicino utilizzando, compatibilmente alle disponibilità locali, il mezzo disponibile più idoneo alle condizioni dell'Assicurato. Il trasporto sarà effettuato con eventuale accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. **Il costo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 5.200,00.**

ART. 1.10 RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio sia impossibilitato a rientrare alla sua Residenza con il mezzo inizialmente previsto, in quanto convalescente a seguito di un Infortunio o di un Ricovero per Malattia Improvvisa, la Società, tramite i medici di guardia della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro e provvederà a:

a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato convalescente alla sua Residenza con il mezzo più idoneo: autoambulanza, aereo di linea (in classe economica), treno (in prima classe);

b) assistere, se necessario, l'Assicurato convalescente durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto (e che lo accompagnano), sono a carico della Società.

Qualora la Società abbia provveduto al rientro dell'Assicurato avrà facoltà di richiedere a quest'ultimo i Documenti di trasporto non utilizzati.

ART. 1.11 RIENTRO DI UN FAMILIARE O COMPAGNO DI VIAGGIO

Qualora si renda necessario il "Rientro sanitario" dell'Assicurato o il "Rientro del convalescente" oppure il "Trasporto della salma" purché organizzati dalla Società tramite la Struttura Organizzativa, la Struttura Organizzativa stessa organizzerà e la Società terrà a proprio carico, **fino ad un massimo di Euro 1.000,00 complessivi e per evento**, anche il rientro (contestuale o meno) dei familiari o di un solo Compagno di Viaggio purché, in entrambe le ipotesi, siano assicurati con la Società e partecipanti al medesimo Viaggio. **La Società avrà facoltà di richiedere agli stessi i Documenti di trasporto non utilizzati.**

ART. 1.12 FAMILIARE ACCANTO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e **non possa essere dimesso entro 10 giorni dalla data del Ricovero** e, in assenza di un Familiare sul posto, richieda di essere raggiunto da un componente il suo Nucleo familiare, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il Viaggio del Familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un Documento di trasporto, andata e ritorno, tenendo a proprio carico i relativi costi. **La Società terrà a proprio carico le spese alberghiere del Familiare (pernottamento e prima colazione) fino a Euro 80,00 al giorno, per un massimo di 10 giorni. Resta esclusa qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. Questa prestazione viene fornita in alternativa alla prestazione "Rientro di un Familiare o Compagno di Viaggio".**

ART. 1.13 RIENTRO FIGLI MINORI

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e non possa prendersi cura dei figli minori di anni 18 che viaggiano insieme a lui, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il Viaggio di un componente il Nucleo familiare dell'Assicurato, o di una persona da lui espressamente designata, mettendo a disposizione un Documento di trasporto andata e ritorno per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccompagnarli presso la loro Residenza, tenendone a carico i relativi costi. **Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.**

ART. 1.14 RIENTRO ANTICIPATO

Qualora l'Assicurato in Viaggio debba ritornare alla sua Residenza prima della data programmata, per l'avvenuto Ricovero in condizioni di imminente pericolo di vita o per decesso di un Familiare, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il viaggio di rientro, mettendo a disposizione dell'Assicurato un Documento di trasporto tenendo a proprio carico il relativo costo. **La Società ha il diritto di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante l'evento che ha dato luogo alla prestazione.**

1.15 TRASPORTO DELLA SALMA

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in Viaggio fino al luogo di sepoltura nel suo Comune di Residenza, tenendo a proprio carico le relative spese di trasporto. **Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.**

Qualora si renda necessario il riconoscimento della salma, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, metterà inoltre a disposizione di un componente del Nucleo familiare dell'Assicurato un Documento di trasporto, andata e ritorno, per recarsi nel luogo dove si trova la salma. **Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. Il Massimale complessivo a carico della Società per il Trasporto della salma ed il Viaggio del Familiare è di Euro 5.000,00.**

1.16 ANTICIPO SOMME DI DENARO

Qualora l'Assicurato in Viaggio debba sostenere spese imprevedute conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità e non gli sia possibile farne fronte direttamente ed immediatamente, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società stessa, in Italia, l'importo richiesto. Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto o a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

1.17 ANTICIPO CAUZIONE PENALE

Qualora l'Assicurato in Viaggio all'estero si trovi in stato di arresto o minaccia di arresto a seguito di fatto colposo e sia tenuto a pagare una cauzione penale per la sua liberazione, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società stessa, in Italia, l'importo richiesto. Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto o a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

1.18 TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in Viaggio si trovi in stato di necessità o venga ricoverato a causa di Infortunio o Malattia improvvisa oppure sia in stato di arresto a seguito di fatto colposo e per questi motivi sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà all'inoltro di tali messaggi.

1.19 INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato, in Viaggio all'estero, venga ricoverato a causa di Infortunio o Malattia improvvisa ed incontri difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà a reperire in loco un interprete e **terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative.**

1.20 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e le condizioni di salute, certificate dai medici di guardia della Struttura Organizzativa previa informativa con i medici curanti, non gli permettessero di intraprendere il viaggio di rientro alla sua Residenza nella data prestabilita, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare l'eventuale prenotazione di un albergo, tenendo a proprio carico le spese (camera e prima colazione) per **un massimo di 5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo di Euro 100,00 giornaliero per Assicurato ed un massimo di Euro 500,00 per periodo assicurativo. E' esclusa qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.**

1.21 SPESE TELEFONICHE

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese telefoniche per attivare la Struttura Organizzativa al fine di richiedere le prestazioni di Assistenza previste, la Società rimborserà tali spese (purché documentate), fino alla concorrenza di un **importo massimo di Euro 100,00 per Assicurato.**

ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

ART. 2) OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società, in caso di Infortunio o Malattia improvvisa, purché risultanti da certificazione medica che ne attesti la patologia, assicura, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato durante il Viaggio avvenuto nel periodo di validità della garanzia ed a condizione che tale Viaggio sia organizzato dal Contraente.

ART. 2.1 RISCHI ASSICURATI - DIARIA PER ISOLAMENTO DA EVENTO PANDEMICO

Derogando all'art. 7.2 Esclusioni lettera f), nel caso in cui venisse disposta dalle Autorità sanitarie l'isolamento domiciliare obbligatorio dell'Assicurato in viaggio con conclamata positività a patologia pandemica, la Società provvederà al pagamento di un'indennità giornaliera. L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso dell'isolamento domiciliare fino al giorno antecedente a quello della conclusione dell'isolamento, fermi i limiti di indennizzo di cui all'art. 2.3.

ART. 2.2 RISCHI ASSICURATI - INDENNIZZO FORFETARIO PER RICOVERO DA PATOLOGIA PANDEMICA

Derogando all'art. 7.2 Esclusioni lettera f), in caso di ricovero presso un Istituto di cura, avvenuto durante il viaggio, dovuto a patologia pandemica, che avvenga in regime di terapia intensive, la Società provvederà a corrispondere all'Assicurato, successivamente alla dimissione dall'Istituto di cura, un'indennità forfetaria, a titolo di *una tantum* per convalescenza.

ART. 2.3 MASSIMALI ASSICURATI E LIMITI

La garanzia Rimborso Spese Mediche è prestata fino alla concorrenza, per Assicurato, del Massimale di seguito indicato e riportato sul Certificato assicurativo e differenziato in base al prodotto (CLASSIC, PIU' e TOP) indicato sul frontespizio di Polizza:

CLASSIC	Massimale per Assicurato pari ad €	2.500,00
PIU'	Massimale per Assicurato pari ad €	5.000,00
TOP	Massimale per Assicurato pari ad €	10.000,00

con le seguenti limitazioni:

- **rette di degenza: fino a € 250,00 al giorno;**
- **spese di autoambulanza: fino a € 150,00;**
- **cure odontoiatriche conseguenti ad Infortunio: € 150,00.**
- **Diaria per isolamento da evento pandemico (art. 2.1): Euro 50 al giorno corrisposti per un Massimo di 20 giorni per sinistro.**
- **Indennizzo forfetario per ricovero da patologia pandemica (art. 2.2): una tantum di Euro 1.000.**

Per sinistri verificatisi in Italia, se l'Assicurato è assistito dal Servizio Sanitario Nazionale o è garantito da altra Assicurazione delle spese mediche, la presente Polizza è operante soltanto per le spese mediche non riscalate da tali altre assicurazioni e rimaste a suo carico.

Il Massimale sopra indicato è valido ed operante per l'intero periodo di validità della garanzia e, in caso di Sinistro, si intende ridotto di un importo uguale a quello del danno indennizzato o indennizzabile, con effetto immediato e fino al termine del periodo stesso di validità della garanzia.

Limitatamente agli Assicurati residenti in Italia, qualora abbiano usufruito della prestazione "**TRASFERIMENTO PER INCIDENTE DA DECOMPRESSIONE**" la Società rimborserà le spese per terapie iperbariche sostenute dopo il rientro, in un Istituto di cura in Italia, purché prescritte da un medico specialista ed effettuate entro 40 giorni dall'evento che ha causato la Malattia da decompressione o l'embolia gassosa arteriosa, **fino ad un massimo di € 250,00.**

Per i casi di Ricovero di durata superiore a tre giorni, qualora la Struttura Organizzativa non sia stata informata del Ricovero stesso entro 24 ore dall'evento, sarà applicato uno Scoperto del 30% sull'importo indennizzabile a termini delle condizioni di Assicurazione.

Il Massimale per Sinistro che veda coinvolti più Assicurati è fissato in Euro 520.000,00.

ART. 2.4 FRANCHIGIA

L'Indennizzo che, in caso di Sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato a termini di Polizza, verrà effettuato previa detrazione di **una Franchigia relativa di € 50,00 per ogni Sinistro.** Tale Franchigia relativa sarà applicata soltanto se l'ammontare del danno è pari od inferiore alla Franchigia stessa. Ne consegue che tutti i sinistri di entità superiore (entità determinata in base a criteri contrattualmente previsti) saranno integralmente indennizzabili.

ART. 2.5 MODALITA' DI VALUTAZIONE DEL DANNO

- Pagamento diretto

Nel caso in cui l'Assicurato debba essere ricoverato all'estero e l'Indennizzo delle spese che andrà a sostenere si prevede debba superare € 500,00, l'Assicurato stesso (o chi per esso) potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa la quale prenderà in carico tale segnalazione e la trasmetterà alla Società perché provveda a pagare direttamente l'importo delle prestazioni (alle condizioni e nei limiti contrattualmente previsti) alla struttura sanitaria ove è ricoverato l'Assicurato. La Società, nel caso abbia effettuato pagamenti che, anche a posteriori, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti, si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato la restituzione di dette somme e l'Assicurato riconosce esplicitamente tale diritto e si impegna a rimborsare quanto dovuto alla Società.

- Pagamento indiretto

In tutti gli altri casi, la Società, valutata la documentazione pervenuta, procederà alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento, qualora sussistano tutte le condizioni per l'operatività della garanzia. Nel caso di spese sostenute all'estero, il rimborso verrà effettuato in Italia e calcolato al cambio ufficiale di chiusura della Borsa di Milano in vigore il giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese mediche.

L'Assicurato, a richiesta della Società, dovrà inoltre fornire probante documentazione del rispetto delle Leggi antiriciclaggio e bancarie ed in assenza di ciò la Società non procederà alla liquidazione del Sinistro.

ASSICURAZIONE BAGAGLIO

ART. 3) OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo, indennizza i danni materiali e diretti al Bagaglio dell'Assicurato durante il Viaggio avvenuto nel periodo di validità della garanzia, compresi i capi di vestiario indossati, causati da: furto, incendio, rapina, scippo, nonché perdita o danneggiamento imputabili a responsabilità di qualsiasi Vettore o dell'albergatore.

La Società, inoltre, in aggiunta a detto Massimale, rimborserà sino a:

- **€ 100,00 le spese comprovate sostenute dall'Assicurato per il rifacimento dei documenti d'identità (carta d'identità, passaporto, patente) nei casi di furto, rapina, scippo;**
- **€ 250,00 le spese sostenute dall'Assicurato per il fabbisogno personale relativamente ad acquisti di prima necessità, a seguito di Sinistro risarcibile o ritardo aereo comprovato e superiore alle 24 ore nella riconsegna del Bagaglio. La richiesta dovrà essere documentata con fatture o ricevute di acquisto in originale.**

ART. 3.1 MASSIMALI ASSICURATI E LIMITI

La garanzia Bagaglio è prestata fino alla concorrenza, per Assicurato, del Massimale di seguito indicato e riportato sul Certificato assicurativo e differenziato in base al prodotto (CLASSIC, PIU' e TOP) indicato sul frontespizio di Polizza:

CLASSIC	Massimale per Assicurato pari ad €	500,00
PIU'	Massimale per Assicurato pari ad €	1.000,00
TOP	Massimale per Assicurato pari ad €	1.500,00

con i seguenti limiti:

- **Per singolo oggetto: massimo risarcimento pari al 10% della somma assicurata;**
- **Limitatamente ai seguenti oggetti, l'Indennizzo massimo non potrà complessivamente superare il 50% del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo e la copertura assicurativa si intende operante per le sole garanzie scippo e rapina:**
 - a) **oggetti di metallo prezioso, orologi e pietre preziose;**
 - b) **pellicce;**
 - c) **apparecchiature fotocineottiche e loro accessori;**
 - d) **radio, televisori, registratori, apparecchiature elettroniche in genere e loro accessori;**
 - e) **strumenti musicali;**
 - f) **armi.**
- **Il Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo è valido ed operante per l'intero periodo di durata del viaggio e, in caso di Sinistro, si intende ridotto di un importo uguale a quello del danno indennizzato o indennizzabile, con effetto immediato e fino al termine dell'efficacia contrattuale.**
- **Limitatamente ai danni subiti in occasione di trasporto aereo, poiché il Bagaglio viene accertato dal Vettore, come definitivamente smarrito non prima di 60 giorni dalla data di denuncia risultante sul rapporto d'irregolarità (Property Irregularity Report) è facoltà della Società (ricevuta la necessaria e completa documentazione) attendere che sia trascorso tale termine, per verificare l'operatività della garanzia, valutare il danno e provvedere al pagamento dell'Indennizzo a termini delle condizioni contrattuali.**
- **L'Indennizzo corrisposto dalla Società in base alle condizioni contrattuali sarà effettuato al netto di quanto già indennizzato dal Vettore o dall'albergatore responsabile ai sensi di legge del danno, e fino alla concorrenza del Massimale assicurato.**
- **Si prevede espressamente che, qualora l'Indennizzo corrisposto dal Vettore o dall'albergatore fosse superiore al Massimale assicurato, nulla sarà dovuto dalla Società.**

ART. 3.2 DETERMINAZIONE DEL DANNO

Il risarcimento avverrà in base al valore a nuovo (intendendosi per tale il prezzo originario di acquisto) per i beni acquistati nei tre mesi precedenti la data del Sinistro, purché sia il valore che il possesso dei beni e la data di acquisto risultino provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del Sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili).

In caso diverso, per il risarcimento si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del Sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso. In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

- a) in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi:
 - 1) oltre i tre e fino ai sei mesi precedenti la data del Sinistro: degrado del 30%;
 - 2) oltre i sei mesi: degrado del 50%;
- b) in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi: degrado del 60%.

TUTELA GIUDIZIARIA

ART. 4) OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società garantisce il pagamento delle spese, sopportate dall'Assicurato, legali e peritali, giudiziali, in sede civile e penale, per ogni grado di giudizio, compreso arbitrato rituale ed irrituale, di un Sinistro rientrante in garanzia.

Le garanzie sono prestate in caso di evento non doloso, verificatosi in relazione alla partecipazione dell'Assicurato al Viaggio e soggiorno organizzati dal Contraente nonché per rappresentare l'Assicurato stesso che sia convenuto in un giudizio.

ART. 4.1 MASSIMALI E LIMITI

La garanzia è prestata fino alla concorrenza, per Assicurato, del Massimale di Euro 1.000,00 per Sinistro (così come riportato sul Certificato assicurativo).

ART. 4.2 GESTIONE DEL SINISTRO – SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato, per la tutela dei suoi interessi, dopo aver fatto la denuncia di Sinistro, ha il diritto di scegliere un legale di sua fiducia, fra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio od ha sede l'Ufficio Giudiziario competente, comunicandone il nominativo alla Società.

La designazione, come sopra, del legale dovrà in ogni caso essere fatta quando sia necessaria una difesa penale. La Società non è responsabile dell'operato dei legali designati.

L'Assicurato non potrà dare corso, di propria iniziativa, a nessuna azione né addivenire alla definizione della vertenza senza l'autorizzazione della Società, pena l'inoperatività della garanzia e il conseguente obbligo del rimborso delle spese, competenze ed onorari sostenuti dalla Società stessa. Tutta la documentazione e tutti gli atti giudiziari predisposti dal legale devono essere trasmessi alla Società.

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in merito alla gestione dei sinistri, è in facoltà delle parti di demandare la decisione ad un arbitro scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a sensi di legge. Ciascuna delle parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

ART. 5) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla sua partecipazione al Viaggio e soggiorno organizzati dal Contraente avvenuti nel periodo di validità della garanzia. L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da un fatto accidentale di persone delle quali debba rispondere, accaduto sempre durante il Viaggio e soggiorno assicurato.

ART. 5.1 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerate terzi, ai fini dell'Assicurazione di responsabilità civile: il coniuge, il convivente (risultante sullo stato di famiglia), i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente.

ART. 5.2 MASSIMALI E FRANCHIGIA

Il Massimale assicurato e riportato sul Certificato assicurativo si intende operante per Sinistro, per il periodo della durata della singola copertura e per Assicurato ed è pari ad Euro 50.000,00.

Il Massimale stabilito resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

In ogni caso resta a carico di ciascun Assicurato una Franchigia fissa di Euro 150,00.

ART. 5.3 GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione, a nome dell'Assicurato, delle vertenze sia in sede stragiudiziale sia in sede civile e/o penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito. Qualora la somma, comprensiva di ogni spesa legale, dovuta al danneggiato, superi detto Massimale, le spese vengono ripartite tra la Società e l'Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

ASSICURAZIONE ANNULLAMENTO VIAGGIO

ART. 6)

La copertura assicurativa si intende estesa alla garanzia Annullamento Viaggio, la quale è valida ed operante esclusivamente se sul Frontespizio di Polizza e sul Certificato assicurativo viene richiamata ed è stato corrisposto il relativo Premio.

ART. 6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

a) Nel caso in cui l'evento all'origine dell'annullamento del Viaggio colpisca una delle persone di seguito indicate:

- l'Assicurato, iscritto al Viaggio, che ha dato causa all'annullamento,
- il suo Nucleo familiare iscritto contemporaneamente allo stesso Viaggio e con lo stesso contratto di Viaggio,
- una sola persona (indicata dall'Assicurato che ha dato causa all'annullamento) quale Compagno di Viaggio purché anch'egli iscritto contemporaneamente allo stesso Viaggio e con lo stesso contratto di Viaggio,

la Società indennizza, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo ed in base alle condizioni che seguono, il corrispettivo di recesso (esclusi i diritti ed ogni altro onere di iscrizione) per annullamento del Viaggio, così come previsto dal contratto di vendita del pacchetto turistico e rimasto a loro carico in quanto si trovano nell'impossibilità di partire.

Le cause, purché documentate, involontarie e non prevedibili alla data di prenotazione del Viaggio, valide per l'operatività della garanzia sono le seguenti:

- 1) Malattia, Infortunio o decesso per i quali sia documentata l'impossibilità a partecipare al Viaggio;
 - 2) patologie della gravidanza;
 - 3) citazione o convocazione da parte dell'Autorità Giudiziaria o di Polizia successivamente all'iscrizione al Viaggio;
 - 4) danni materiali cagionati alla Residenza e/o agli uffici dove si svolge l'attività lavorativa professionale, a seguito di calamità naturali (documentate come tali dalle competenti Autorità) incendio, esplosione, furto con scasso che rendano indispensabile ed insostituibile la presenza dell'Assicurato stesso;
 - 5) impossibilità a raggiungere il luogo di inizio del Viaggio, a seguito di calamità naturali (documentate come tali dalle competenti Autorità);
 - 6) furto di documenti necessari per l'espatrio quando sia comprovata l'impossibilità materiale del loro rifacimento in tempo utile per la partenza;
 - 7) l'impossibilità di usufruire da parte dell'Assicurato (lavoratore dipendente) delle ferie già pianificate a seguito di nuova assunzione o di licenziamento da parte del datore di lavoro.
- b) Nel caso in cui l'evento all'origine dell'annullamento del Viaggio colpisca una delle persone come di seguito indicate e non iscritte al Viaggio:

- 1) un Familiare, oppure
- 2) il Socio/contitolare dell'azienda o studio associato

la Società indennizza, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo ed in base alle condizioni che seguono, il corrispettivo di recesso (esclusi i diritti ed ogni altro onere di iscrizione) per annullamento del Viaggio, così come previsto dal contratto di vendita del pacchetto turistico e rimasto a carico degli appartenenti allo stesso Nucleo familiare e di non più di un ulteriore Assicurato, tutti iscritti contemporaneamente allo stesso Viaggio e con lo stesso contratto di Viaggio, in quanto si trovano nell'impossibilità di partire, per Malattia od Infortunio oppure per decesso delle persone di cui ai punti b1) e b2), purché tali eventi siano involontari e non prevedibili alla data di prenotazione del Viaggio.

L'Assicurato che richiede l'indennizzo dovrà dimostrare che la sua rinuncia al Viaggio è necessaria per prestare assistenza alle persone sopracitate.

ART. 6.2 MASSIMALI – LIMITI – SCOPERTO

La Società indennizza l'Assicurato del corrispettivo di recesso rimasto a suo carico entro il limite:

- del costo del Viaggio per il quale è stato corrisposto il relativo Premio (con il Massimale di Euro 10.000,00) per ciascun Assicurato, nel caso in cui la determinazione del Premio sia effettuata con il parametro "COSTO VIAGGIO";
- di Euro 5.000,00 per ciascun Assicurato, nel caso in cui la determinazione del Premio sia effettuata col parametro "FATTURATO" oppure "NUMERO PAX" così come riportato sul Certificato assicurativo.

In caso di rinuncia al Viaggio di più Assicurati, determinata dallo stesso Sinistro, l'Indennizzo verrà corrisposto per un ammontare globale massimo di Euro 25.000,00 come indicato sul Certificato assicurativo.

La Società applicherà, per ogni Sinistro, uno Scoperto del 10% da calcolarsi sul danno indennizzabile a termini di Polizza:

- per gli annullamenti derivanti da Malattia che non abbiano comportato un Ricovero;
- per gli annullamenti in cui sia previsto un corrispettivo di recesso del 100% già a decorrere dal 30esimo giorno antecedente la partenza.

Entrambi gli scoperti di cui sopra possono essere concomitanti.

ART. 6.3 SUBENTRO DELLA SOCIETA' NEI DIRITTI DELL'ASSICURATO

La Società ha la facoltà di subentrare automaticamente nel possesso dei titoli di Viaggio non fruiti dall'Assicurato.

ART. 6.4 DETERMINAZIONE DEL DANNO

In seguito alla valutazione della documentazione pervenuta, la Società procede alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento al netto dello Scoperto previsto. L'ammontare del danno è dato dal corrispettivo di recesso, applicabile in base al contratto di Viaggio, al momento in cui si è verificato l'evento che ha causato la rinuncia al Viaggio. L'eventuale maggior quota di corrispettivo di recesso, applicata dal Contraente a seguito di ritardata comunicazione oltre le ore 24 del giorno successivo al verificarsi dell'evento (intendendosi per tale il manifestarsi delle cause che determinano l'annullamento del Viaggio), resterà a totale carico dell'Assicurato.

ESCLUSIONI

ART. 7) ESCLUSIONI

ART. 7.1 ESCLUSIONI ASSISTENZA

Premesso che, in ogni caso, la garanzia Assistenza non sarà operante se l'intervento non sia stato preventivamente autorizzato dalla Struttura Organizzativa, resta inteso che l'Assicurazione non è operante per:

- a) ricoveri o prestazioni sanitarie che siano la conseguenza di situazioni patologiche croniche e/o già in atto alla data di stipulazione della presente Polizza e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- b) malattie nervose, mentali, comportamenti nevrotici e disturbi psichici in genere;
- c) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio, interruzione volontaria della gravidanza nonché le prestazioni e/o le terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza;
- d) sinistri accaduti ad Assicurati che non si sono sottoposti alle misure di profilassi richieste obbligatoriamente dall'autorità sanitaria del Paese di destinazione;
- e) sinistri accaduti durante la partecipazione a gare di atletica pesante, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rugby, alpinismo con scalata di roccia o ghiacciaio, salto dal trampolino con sci o idrosci, free climbing. La partecipazione a qualsiasi gara sportiva a livello professionistico, comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa;

Sono esclusi, in ogni forma, eventuali rimborsi per prestazioni previste in Polizza che l'Assicurato abbia provveduto ad organizzare direttamente e con aiuto di soggetti estranei alla Società, senza preventivo contatto ed accordo con la Struttura Organizzativa.

ART. 7.2 ESCLUSIONI RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'Assicurazione non è operante per:

- a) ricoveri o prestazioni sanitarie che siano la conseguenza di situazioni patologiche croniche e/o già in atto alla data di stipulazione della presente Polizza e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- b) malattie nervose, mentali, comportamenti nevrotici e disturbi psichici in genere;
- c) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio, interruzione volontaria della gravidanza nonché le prestazioni e/o le terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza;
- d) sinistri accaduti ad Assicurati che non si sono sottoposti alle misure di profilassi richieste obbligatoriamente dall'autorità sanitaria del Paese di destinazione;
- e) spese mediche sostenute per infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, nonché infortuni derivanti dalla partecipazione a gare di atletica pesante, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o ghiacciaio, free-climbing. La partecipazione a qualsiasi gara sportiva a livello professionistico comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa.
- f) Quarantena e/o pandemia (dichiarata dall'OMS) di gravità e virulenza tale da comportare un'elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di

trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo

Sono esclusi dalla copertura di cui agli artt. 2.1 e 2.2:

1. Le patologie ed infezioni diverse da quelle pandemiche;
2. Lo stato patologico pandemico se già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipula del contratto;
3. Lo stato patologico pandemico già presente al momento della stipula del contratto (anche in forma asintomatica);
4. L'isolamento domiciliare obbligatorio se già previsto per l'Assicurando al momento della stipula del contratto;
5. La patologia pandemica che rappresenti Malattia professionale, come definita dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.

Sono escluse dal rimborso anche le spese mediche sostenute:

- I. dopo il termine del Viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria Residenza (salvo quanto diversamente specificato alle singole garanzie);
- II. per cura o eliminazione di difetti fisici, malformazioni congenite e/o di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio verificatosi nel corso della copertura), per acquisto ed applicazione di apparecchi ortopedici e protesici in genere, per acquisto di occhiali e/o lenti a contatto, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti;
- III. per cure dentarie od applicazioni di protesi dentarie non conseguenti ad Infortunio.

ART. 7.3 ESCLUSIONI BAGAGLIO

L'Assicurazione non è operante per:

- a) i danni determinati o agevolati da dolo, colpa grave, negligenza od incuria dell'Assicurato, di suoi familiari, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
- b) i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto un oggetto;
- c) i danni da rottura, a meno che siano conseguenza di Furto, rapina o scippo oppure siano dovuti ad un incidente occorso al mezzo di trasporto e/o siano causati dal Vettore;
- d) i danni dovuti a bagnamento o colaggio di liquidi;
- e) i danni causati alle attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- f) danni verificatisi quando:
 - il Bagaglio sia lasciato a bordo di motoveicoli anche se riposto nell'apposito bagagliaio;
 - il Bagaglio sia lasciato a bordo di autoveicolo che non sia stato regolarmente chiuso a chiave con tutti gli eventuali congegni di sicurezza inseriti ed il Bagaglio non sia stato riposto in un vano non visibile, dall'esterno, debitamente chiuso a chiave. Il veicolo deve essere parcheggiato, dalle ore 20:00 alle ore 7:00, in un parcheggio custodito.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia:

- g) gli accessori fissi o di servizio dei veicoli, intendendosi per tali anche autoradio/registratore estraibile o altre apparecchiature elettriche o elettroniche;
- h) il denaro in ogni sua forma (banconote, assegni, carte di credito e simili), biglietti di Viaggio, documenti diversi da quelli di identità, titoli e collezioni di qualsiasi natura, merci, campionari, cataloghi, souvenir, oggetti d'arte, attrezzature professionali, telefoni, occhiali da vista e da sole, lenti a contatto e caschi;
- i) i beni che non risultano indicati nella denuncia sporta alle Autorità competenti;
- j) i beni di consumo (intendendosi per tali, a puro titolo esemplificativo, creme, profumi, bevande, medicinali, sigarette), nonché i beni acquistati durante il Viaggio salvo gli acquisti di prima necessità sostenuti per fabbisogno personale in conseguenza di Sinistro risarcibile a termini di Polizza;
- k) i beni consegnati ad impresa di trasporto o di spedizioni quando questi non viaggiano insieme all'Assicurato;
- l) il Bagaglio lasciato nella tenda da campeggio.

In nessun caso verrà risarcito il cosiddetto "valore affettivo" che gli oggetti perduti o danneggiati avevano per l'Assicurato né il danno conseguente al mancato uso o godimento dei medesimi.

ART. 7.4 ESCLUSIONI TUTELA GIUDIZIARIA

L'Assicurazione non è operante:

- a) quando la controversia deriva da fatto doloso o da rapporto contrattuale (come ad esempio, il contratto con l'organizzatore del Viaggio, il contratto di locazione dell'abitazione per le vacanze);
- b) per fatti derivanti dalla circolazione di veicoli a motore e/o natanti di proprietà e/o in uso all'Assicurato;
- c) quando si tratti di controversie in sede penale per le quali, secondo le leggi locali, è prevista l'oblazione in via breve.

Sono sempre esclusi dalla garanzia:

- d) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- e) gli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere);
- f) le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario.

ART. 7.5 ESCLUSIONI RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

L'Assicurazione non è operante per sinistri:

- a) derivanti dalla proprietà, possesso, impiego, guida e circolazione di veicoli a motore, natanti e/o aeromobili e/o trasporti in genere;
- b) a cose che l'Assicurato, o suoi familiari, abbiano in consegna o custodia o detengano a qualsiasi titolo nonché a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- c) derivanti da atti volontari, premeditati od illegittimi provocati o compiuti dall'Assicurato;
- d) causati da animali posseduti o custoditi dall'Assicurato e/o suoi familiari;
- e) inerenti all'attività professionale dell'Assicurato nonché quelli derivanti dalla partecipazione a qualsiasi tipo di attività sportiva.

ART. 7.6 ESCLUSIONI ANNULLAMENTO VIAGGIO

L'Assicurazione non è operante per rinunce dovute a:

- a) situazioni patologiche già in atto all'Assicurato alla data di iscrizione al Viaggio e/o loro conseguenze, ricadute o recidive;
- b) situazioni patologiche riguardanti il Familiare, il nonno/a ed il Compagno di Viaggio già in atto (anche se non note all'Assicurato) alla data di iscrizione al Viaggio e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
- c) malattie nervose, mentali, comportamenti nevrotici, disturbi psichici in genere;
- d) incompleta, non idonea o carente documentazione necessaria al Viaggio, quale carta d'identità, passaporto, visti, permessi di espatrio e simili;
- e) Infortunio o Malattia che colpiscano persone di età superiore ad anni 80 e non abbiano dato luogo a Ricovero ospedaliero.

ART. 7.7 ESCLUSIONI GENERALI

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazioni militari, invasioni, atti dolosi compresi quelli di terrorismo o sabotaggio;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, nonché calamità naturali dichiarate tali dalle competenti Autorità (fatto salvo quanto previsto per la garanzia Annullamento Viaggio se operante);
- c) sviluppo, comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) abuso di alcolici, psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- e) malattie correlate a sindrome da immunodeficienza acquisita;
- f) atti dolosi (compreso il suicidio o tentato suicidio) dell'Assicurato, nonché quelli commessi con colpa grave.

Resta inoltre inteso che si intendono esclusi i sinistri avvenuti al di fuori del periodo di Viaggio organizzato dal Contraente.

Sono infine escluse le richieste di rimborso da parte dell'Assicurato per prestazioni di Assistenza usufruite senza il preventivo consenso della Struttura Organizzativa, salvo i casi in cui l'Assicurato non riesca a mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per cause di forza maggiore.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

ART. 8) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso alla Società ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile e secondo le modalità previste alle singole prestazioni assicurative come di seguito indicato. L'inadempimento di tale obbligo comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, valendo quale omissione consapevole e volontaria. Salvi i soli casi di forza maggiore.

a) ASSISTENZA

Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato o chi per esso, non si sia rivolto alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro.

Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non possa mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come per esempio intervento delle forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza) che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso). La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Di conseguenza, in caso di Sinistro, l'Assicurato o qualsiasi altra persona agisse in sua vece, deve darne immediata comunicazione esclusivamente alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, contattandola ai seguenti numeri:

dall'Italia 02 66 165 520
dall'Estero +39 02 66 165 520
fax +39 02 66 100 944

e comunicare:

- 1) le sue generalità complete ed un recapito telefonico;
- 2) l'indirizzo -anche temporaneo - ed il numero di telefono del luogo di chiamata;
- 3) il numero riportato sul Certificato assicurativo;
- 4) la prestazione richiesta.

L'Assicurato si obbliga inoltre:

- a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
- a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
- a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante alle prestazioni.

Per usufruire della prestazione "Spese telefoniche" l'Assicurato deve inviare alla società i giustificativi delle spese sostenute dai quali risulti che il numero chiamato e la spesa sostenuta si riferiscono ai contatti con la Struttura Organizzativa.

Una volta ricevute le informazioni di cui sopra, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, si assicurerà che il richiedente abbia diritto alle prestazioni e convaliderà il suo diritto ad usufruirne.

Qualora emerga successivamente che la prestazione sia stata fornita a persona non avente diritto, la Società ha il diritto di recuperare i costi relativi presso chi ha usufruito delle prestazioni.

L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Struttura Organizzativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su indicazione della Struttura Organizzativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione delle somme anticipate ritenute sufficienti dalla Società.

LA SOCIETÀ SI RISERVA IL DIRITTO DI RICHIEDERE OGNI ULTERIORE DOCUMENTAZIONE, ATTINENTE IL SINISTRO DENUNCIATO, NECESSARIA PER UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO.

b) RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve:

- in caso di Ricovero, informare la Struttura Organizzativa entro 24 ore dal Sinistro con le modalità precedentemente indicate;
- darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto e fornendo le proprie generalità, il suo recapito e facendo pervenire anche copia del Certificato assicurativo;
- far pervenire alla Società il certificato medico o la cartella clinica della patologia sofferta e/ o dell'intervento eseguito nonché la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati e le ricevute, in originale, delle spese sostenute;
- far pervenire alla Società copia del Certificato assicurativo.

L'Assicurato si obbliga inoltre a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e, su richiesta della Società, a fornire ogni documentazione e a sottoporsi agli accertamenti medici necessari a provare il diritto al rimborso delle spese sostenute nonché a fornire alla Società qualsiasi altra documentazione comprovante il Sinistro.

c) BAGAGLIO

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, ha l'obbligo di darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto.

Inoltre, l'Assicurato deve sporgere regolare denuncia alle Autorità Giudiziarie o di Polizia e trasmetterla alla Società. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo (danni, rotture, ammanchi, ritardata o mancata riconsegna e simili), l'Assicurato deve effettuare immediata denuncia presso l'apposito ufficio (Lost and Found) facendosi rilasciare il rapporto d'irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report). Deve inoltre presentare reclamo scritto al Vettore aereo trasmettendo alla Società la conferma del danno subito od il mancato ritrovamento e l'importo rimborsato dal Vettore stesso.

L'Assicurato deve inoltre inviare alla Società:

- l'elenco dettagliato delle cose danneggiate o rubate, nonché l'idonea documentazione comprovante l'acquisto dei beni (fatture, scontrini, ricevute e simili);
- le fatture di riparazione o la dichiarazione d'irreparabilità in caso di rottura redatta su carta intestata da parte di uno specialista del settore di pertinenza;
- giustificativi delle spese, se sostenute, per il rifacimento dei documenti di identità;
- copia del Certificato assicurativo.

d) TUTELA GIUDIZIARIA

In caso di Sinistro, l'Assicurato o chi per esso, ha l'obbligo di:

- darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal Sinistro, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto ed inviando tutti gli atti ed i documenti inerenti il Sinistro. In ogni caso, l'Assicurato deve trasmettere alla Società, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e comunque, ogni altra comunicazione relativa al Sinistro;
- fornire le proprie generalità, il recapito telefonico, copia del Certificato assicurativo.

e) RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

L'Assicurato si obbliga a non compiere atti di transazione con Terzi danneggiati né accertare il riconoscimento di responsabilità, senza il preventivo consenso della Società. Si obbliga a denunciare con precisione i fatti, indicando le generalità dei danneggiati e dei testimoni, le date ed i luoghi e comunque a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al Sinistro, unitamente a copia del Certificato assicurativo.

f) ANNULLAMENTO VIAGGIO

in caso di Sinistro, l'Assicurato, o chi per esso, ha l'obbligo di:

a) darle avviso scritto alla Società entro le ore 24 del giorno successivo al verificarsi dell'evento (intendendosi per tale il manifestarsi delle cause che determinano l'annullamento del Viaggio) che ha determinato la rinuncia, fornendo le proprie generalità, il proprio recapito e copia del Certificato assicurativo;

b) comunicare la sua rinuncia entro il termine di cui sopra anche all'Agenzia presso la quale è stato acquistato il Viaggio;

c) in caso di Infortunio o Malattia:

- in assenza di Ricovero o prestazione ospedaliera: far pervenire alla Società il certificato del medico di base con la data dell'Infortunio o con la data dell'insorgere della Malattia o della patologia della gravidanza. Il certificato deve riportare diagnosi e prognosi;

- in caso di Ricovero: far pervenire alla Società il foglio di Ricovero e la cartella clinica;

- in caso di decesso: far pervenire alla Società il certificato di morte con le cause del decesso;

d) fornire alla Società tutta la documentazione relativa all'evento che ha determinato l'annullamento del Viaggio.

In ogni caso, l'Assicurato deve far pervenire alla Società:

1) programma (catalogo) e relativo contratto di Viaggio;

2) quietanza di pagamento del Viaggio;

3) estratto conto di prenotazione del Viaggio e del corrispettivo di recesso applicato, emessi dal Contraente;

4) la documentazione anagrafica completa anche della eventuale attestazione di relazione di parentela con la persona colpita da Infortunio o Malattia.

La Società si riserva il diritto di inviare, gratuitamente, un proprio medico fiduciario al fine di certificare le condizioni di salute della persona che ha determinato l'annullamento del Viaggio da parte dell'Assicurato. L'impossibilità di poter svolgere tale compito da parte del medico fiduciario oppure, qualora le condizioni di salute non siano tali da impedire la partecipazione al Viaggio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

INFORMATIVA ai sensi dell'Articolo 13, Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")
--

La presente informativa viene fornita, oltre che per rispondere ad un preciso obbligo normativo, per chiarire, nel rispetto del principio di trasparenza, gli ambiti di trattamento delle Sue informazioni personali relativamente alla stipula di polizze assicurative con Sara Assicurazioni S.p.A. e per permetterle di fornire in modo consapevole il Suo consenso, ove necessario, al trattamento dei Suoi dati personali.

1. CHI È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO?

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Sara Assicurazioni S.p.A., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Via Po, 20, Roma (il "**Titolare**" o "**Sara Assicurazioni**").

2. COME CONTATTARE IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI?

Il *Responsabile della protezione dei dati* personali (il "**RDP**"), in persona del soggetto *pro tempore* nominato, è contattabile inviando una e-mail all'indirizzo di posta elettronica RDP@sara.it ovvero scrivendo al seguente indirizzo:

Responsabile Protezione Dati Personali
Sara Assicurazioni S.p.A.
Via Po, 20
00198 - Roma

3. COS' È IL DATO PERSONALE?

Ai sensi del GDPR, per dato personale si intende: "*qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile; si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale*" (i "**Dati**").

Il GDPR definisce, altresì, le particolari categorie di dati personali, ossia "*i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*" (i "**Dati Sensibili**").

4. QUALI SONO LE FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI E LA RELATIVA BASE GIURIDICA?

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità assicurative quali, a titolo esemplificativo, conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti e gestione e liquidazione dei sinistri, attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

I Suoi Dati saranno, altresì, trattati dal Titolare per l'adempimento di obblighi di legge. A titolo esemplificativo, Sara Assicurazioni potrà trattare i Suoi Dati per adempimenti di natura fiscale connessi all'esecuzione del contratto, nonché per obbligazioni relative alla normativa antifrode e antiriciclaggio.

Il consenso da Lei prestato sui singoli temi potrà essere revocato in qualsiasi momento contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

In ogni caso, ci impegniamo ad assicurare che le informazioni raccolte e utilizzate siano appropriate rispetto le finalità descritte, e che ciò non determini un'invasione della Sua sfera personale.

No.	Finalità del trattamento	Natura obbligatoria o volontaria del conferimento dei dati personali	Conseguenze del rifiuto al conferimento dei dati personali	Condizione di liceità del trattamento
1	Assunzione e gestione della polizza assicurativa	Volontaria	Impossibilità di fornirle il servizio richiesto	Esecuzione del contratto e il Suo consenso con specifico riferimento al trattamento dei Suoi Dati Sensibili

5. A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI PERSONALI?

Il Titolare potrà comunicare alcuni Suoi Dati e Dati Sensibili a persone fisiche o giuridiche delle quali si avvale per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto. In particolare, i Suoi Dati potranno essere comunicati a società esterne che offrono servizi amministrativi, servizi informatici, contabili e di consulenza.

Tali società tratteranno i Suoi Dati e Dati Sensibili in qualità di Responsabili del trattamento. L'elenco dei Responsabili del trattamento può essere richiesto contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

Il Titolare, inoltre, potrà comunicare i Suoi Dati e Dati Sensibili, oltre che ai soggetti cui la comunicazione sia dovuta in forza di obblighi di legge, a Pubbliche Amministrazioni, alle altre società del Gruppo, siano esse controllanti, controllate o partecipate, a società di coassicurazioni e/o di riassicurazione, agli istituti di credito con cui il Titolare opera a fini di pagamento, a istituti finanziari e/o di factoring. Tali soggetti tratteranno i Suoi Dati in qualità di autonomi titolari del trattamento.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei Suoi Dati e Dati Sensibili a soggetti indeterminati.

6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI?

Sara Assicurazioni di norma non trasferisce i Suoi Dati e Dati Sensibili al di fuori dell'Unione Europea. In alcune determinate circostanze e per finalità connesse alla conservazione e gestione elettronica dei dati, alcuni dei suoi Dati possono essere forniti a destinatari che li trasferiscono presso paesi terzi. In questo caso Sara Assicurazioni assicura che il destinatario, che opera in qualità di Responsabile del Trattamento, rispetti le disposizioni di cui al GDPR ivi comprese le norme specificatamente dettate per il trasferimento dei dati personali verso paesi terzi. In particolare, Sara Assicurazioni garantisce che i trasferimenti avvengano sulla base di una decisione di adeguatezza o della sottoscrizione da parte del Responsabile di clausole contrattuali tipo di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea.

L'effettivo trasferimento dei dati personali verso paesi terzi e le connesse maggiori informazioni possono essere richieste contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2.

7. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI?

I Dati e i Dati Sensibili a Lei riferibili saranno trattati da Sara Assicurazioni solo per il tempo necessario per le finalità sopra menzionate.

In particolare, riportiamo di seguito i principali periodi di utilizzo e conservazione dei Suoi Dati e i Dati Sensibili con riferimento alle diverse finalità di trattamento:

- a) per finalità connesse all'esecuzione del contratto, i Suoi Dati e i Dati Sensibili saranno trattati dal Titolare per tutta la durata del contratto e sino a che sussistano obbligazioni o adempimenti connessi all'esecuzione del contratto e saranno conservati per un periodo di 11 anni successivo a tale termine per finalità connesse all'adempimento di obblighi di legge e per consentire al Titolare

la difesa dei propri diritti;

8. QUALI SONO I SUOI DIRITTI IN QUALITÀ DI INTERESSATO DEL TRATTAMENTO?

Durante il periodo in cui Sara Assicurazioni è in possesso dei Suoi Dati e, se del caso, dei Suoi Dati Sensibili, Lei, in qualità di interessato del trattamento, può, in qualsiasi momento, esercitare i seguenti diritti:

- Diritto di revocare il consenso prestato – Lei ha il diritto di revocare in ogni momento il consenso da Lei prestato per i diversi trattamenti che lo richiedono
- Diritto di accesso – Lei ha il diritto di ottenere la conferma circa l'esistenza o meno di un trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili nonché il diritto di ricevere ogni informazione relativa al medesimo trattamento;
- Diritto alla rettifica – Lei ha il diritto di ottenere la rettifica dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso, qualora gli stessi siano incompleti o inesatti;
- Diritto alla cancellazione – in talune circostanze, Lei ha il diritto di ottenere la cancellazione dei Suoi Dati e Dati Sensibili presenti all'interno dei nostri archivi;
- Diritto alla limitazione del trattamento – al verificarsi di talune condizioni, Lei ha il diritto di ottenere la limitazione del trattamento concernente i Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto alla portabilità – Lei ha il diritto di ottenere il trasferimento dei Suoi Dati e Dati Sensibili in nostro possesso in favore di un diverso Titolare;
- Diritto di opposizione – Lei ha il diritto di opporsi al trattamento dei Suoi Dati e Dati Sensibili;
- Diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo – nel caso in cui Sara Assicurazioni si rifiuti di soddisfare le Sue richieste di accesso, verranno fornite le ragioni del relativo rifiuto. Se del caso, Lei ha il diritto di proporre reclamo così come descritto nel seguente paragrafo 9.

Lei può esercitare i Suoi diritti contattando il RPD ai recapiti indicati al precedente paragrafo 2

9. COME PROPORRE UN RECLAMO?

Qualora Lei desideri proporre un reclamo in merito alle modalità attraverso cui i Suoi Dati e, se del caso, i Suoi Dati Sensibili sono trattati da Sara Assicurazioni, ovvero in merito alla gestione di un reclamo da Lei proposto, Lei ha il diritto di presentare un'istanza direttamente all'Autorità di controllo.