Global Assistance

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

Assicurazione Multirischio Turismo

"AMITOUR"

ED. 1/AMITO1P

SET INFORMATIVO

Il presente set informativo contiene:

1. **DIP DANNI -** Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI -** Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, comprensive di glossario**.

AVVERTENZA: Prima della sottoscrizione leggere il set informativo

Assicurazione Multirischio Turismo

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

Compagnia: **Global Assistance S.p.A.** Prodotto: **AMITOUR** – ed. **1/AMITO1P**

Sede legale in Italia, numero iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative e Riassicurative 1.00111

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

Che tipo di assicurazione è?

Polizza collettiva che assicura i clienti, che acquistano un viaggio programmato presso la Contraente della polizza, dagli imprevisti annessi al viaggio.

Che cosa è assicurato?

L'assicurazione copre le seguenti garanzie:

- ✓ **ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA** che eroga prestazioni di assistenza alla persona in forma diretta e rimborsa le spese mediche di emergenza.
- ✓ **BAGAGLI ED EFFETTI PERSONALI** a copertura dei danni materiali e diretti al bagaglio.
- ✓ **COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI** per il rimborso di eventuali maggiori costi sostenuti in caso di fermo sanitario.

Le garanzie sono prestate entro i massimali selezionabili dal Contraente e come riportati sul Modulo di polizza per ciascuna garanzia.

- **Assistenza**: massimali diversificati per prestazione scelta a prescindere dalla destinazione;
- **Spese mediche di emergenza**: Italia € **600;** Europa, Mondo fino ad € **30.000**;
- **Bagaglio**: Italia **€ 300**; Europa, Mondo a scelta del Contraente fino ad **€ 1.500**;
- **Coperture Covid-19 e sue varianti**: fino a **€ 1.500** per persona ed **€ 7.500**per pratica di Viaggio (ovvero più persone incluse nella stessa pratica di viaggio - fattura di viaggio), con il sotto limite di **€ 100** al giorno per pernottamento e vitto per persona.

Che cosa non è assicurato?

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;
- × L'annullamento 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.

Ci sono limiti di copertura?

Sono escluse dalla copertura assicurativa le richieste di risarcimento derivanti o traenti origine da:

- ! eventi accaduti anteriormente all'acquisto del viaggio prenotato, quindi all'inclusione in polizza;
- ! patologie della gravidanza oltre le 24 settimane;
- ! viaggi intrapresi per scopi specifici (ad es. per cure mediche, fecondazione assistita, interruzione della gravidanza, ecc);
- ! uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, abuso di alcool e assunzione anche occasionale di droghe;
- ! stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo o scioperi;
- ! terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali;
- ! radiazioni, combustione nucleare, onde soniche;
- ! infortuni di volo se diversi da passeggero pagante di un aeromobile munito di regolare licenza di trasporto passeggeri;
- ! attività di lavoro manuale;
- ! viaggi in zone remote, raggiungibili solo con mezzi di soccorso speciale;
- ! atti dolosi, illeciti o criminosi e colpa grave dell'assicurato;
- ! suicidio, tentato o consumato, dell'Assicurato, autolesionismo o esposizione intenzionale a pericoli (tranne che nel tentativo di salvare vite umane;
- ! malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- ! atti di temerarietà in genere;
- ! svolgimento di attività che implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- ! alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera, gare/tornei/allenamenti/prove automobilistiche, motociclistiche, motonautiche svolte a livello professionale o sotto l'egida delle Federazioni.
- ! tutti gli sport estremi (ad es. salti dal trampolino con sci o idroscì, 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).

Dove vale la copertura?

- ✓ Vale per viaggi svolti in tutto il mondo ad esclusione di viaggi *in*, *verso* o *attraverso* paesi in stato di guerra e/o insurrezione. In particolare, l'Assicurazione, salvo eventuale diversa indicazione riportata alle singole garanzie, è valida per i Sinistri avvenuti in tutti i paesi riguardanti il Viaggio regolarmente comunicato alla Società. In particolare, le garanzie sono valide ed operanti durante il viaggio a partire dalla stazione di partenza fino a quella di termine del Viaggio al rientro in Italia, se lo stesso avviene in treno, aereo, pullman, nave; e ad oltre 50 km dal luogo di Residenza dell'Assicurato, nel caso di Viaggio in auto od altro mezzo non sopracitato.

Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare
- in corso di contratto hai l'obbligo di informare immediatamente la Società per iscritto di ogni aggravamento o diminuzione del rischio.
- Per tutta la durata dell'assicurazione hai l'obbligo di includere in copertura tutti i clienti che acquistano un viaggio, da te organizzato, e di comunicare i nominativi alla società al momento della prenotazione del loro viaggio.

In caso di sinistro, devi:

- informare la Compagnia dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare alla Compagnia tutta la documentazione necessaria per procedere alla valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Quando e come devo pagare?

I premi di polizza dovuti, da corrispondere alla sottoscrizione del contratto, all'eventuale frazionamento, al rinnovo ed ai conguagli di premio, devono essere versati sul conto corrente dell'Intermediario, incaricato all'incasso dalla Società, tramite bonifico bancario.
Il premio annuale pattuito può essere frazionato e non sono applicati oneri aggiuntivi.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza (data di decorrenza), se il premio alla firma è stato pagato, altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno di pagamento effettivo. Il mancato pagamento del Premio alla firma o delle rate di premio successive, implica la sospensione del rischio a partire dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello previsto di scadenza del pagamento, con ripresa di vigore alle ore 24 del giorno del pagamento stesso. L'assicurazione si conclude dopo un anno dalla data di decorrenza indicata in polizza indipendentemente dalla data di pagamento del premio e si rinnova di anno in anno tacitamente.
La copertura, per ogni singolo viaggio, decorre dalla fruizione del primo servizio previsto dal contratto di viaggio stipulato con il Contraente e cessa con la fruizione dell'ultimo servizio da quest'ultimo offerto. La copertura, in caso di infortunio occorso durante il viaggio all'estero, è valida anche al rientro per il rimborso delle spese mediche sostenute entro i successivi 60 giorni.

Come posso disdire la polizza?

Il contraente può mandare la disdetta della Polizza mediante Raccomandata A./R. all'indirizzo di Global Assistance - Piazza Diaz n. 6, 20123 Milano (o con altri mezzi che consentano di comprovarne la data di invio) almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

In caso di polizza stipulata a distanza, il contraente dispone di un diritto di recesso pari a 14 giorni dalla conclusione del contratto, senza penali e senza indicare il motivo, purché non abbia già richiesto la liquidazione di un indennizzo.

Assicurazione Multirischio Turismo

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

Global Assistance

Prodotto: **AMITOUR -** 1AMITO1P

Data di redazione del DIP aggiuntivo Danni: 01/09/2026 - ultima versione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società

Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A. Piazza Armando Diaz 6, 20123 Milano; Telefono: +39 024333501; sito internet https://globalassistance.it ; E-mail: global.assistance@globalassistance.it ; PEC: globalassistancespa@legalmail.it
Global Assistance Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni S.p.A., Società a Socio Unico appartenente al gruppo Assicurativo Ri.Fin (iscritto all'Albo dei gruppi Assicurativi presso l'Ivass al n. 014), soggetta alla direzione e coordinamento della Capogruppo Ri.Fin s.r.l. N iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione: n. 1.00111
Il patrimonio netto dell'Impresa: € 17,4 milioni al 31/12/2025; importo attribuibile al capitale sociale: € 5 milioni, riserve patrimoniali: € 12,4 milioni. Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa si rimanda al seguente link: http://www.rifin.it/pdf/SFCR-Gruppo-Rifin.pdf
L'indice di solvibilità dell'Impresa: 239,06% al 31/12/2025, e rappresenta il rapporto tra il livello di fondi propri ammissibili (€15,89 milioni) e il requisito patrimoniale di solvibilità (€6,65 milioni).

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Che cosa NON è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto indicato nel Dip Danni sono sempre esclusi dalla copertura assicurativa:

GARANZIA ASSISTENZA, RIMPATRIO, SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

- *l'organizzazione diretta, o comunque senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, di tutte le prestazioni di assistenza previste dalla garanzia;*
- *le spese stradali (pedaggio, carburante), di taxi o di dogana e le spese di ristorazione/hotel, salvo quelle previste dalla garanzia*
- *in caso di ricovero, il costo di una camera singola, a meno che non sia indicata per ragioni di ordine medico*
- *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*
- *fatti che possono essere penalmente sanzionabili in base alla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato*
- *spese mediche derivanti da diagnosi, controlli o accertamenti relativi ad uno stato fisiologico già noto anteriormente alla data del viaggio*
- *spese mediche o di altra natura relative a trattamenti chirurgici non ritenuti posticipabili successivamente al rientro alla residenza*
- *cure infermieristiche, termali, dimagranti, riabilitative o fisioterapiche e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti*
- *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 di controllo in assenza di un infortunio o di una malattia inclusi in copertura, check-up, trattamenti preventivi*
- *spese di trapianto di organi non rese necessarie da un infortunio o da una malattia inclusi in copertura;*
- *spese per interventi di chirurgia estetica o ricostruttiva e per trattamenti di benessere, le spese di vaccinazione, sedute di agopuntura, massoterapia, le cure prestate da un chiropratico o da un osteopata;*
- *spese e trattamenti non prescritti da un'autorità medica abilitata;*
- *spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla sterilità e/o impotenza;*
- *spese per contraccettivi, spese mediche e dentarie di routine, spese per telefonate (eccetto quelle dirette alla Centrale Operativa)*

- *dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso cui questi si trova ricoverato*
- *il rifiuto di trasporto/rientro sanitario alla data e con il mezzo indicati dai medici della Centrale Operativa;*
- *il rientro sanitario dovuto ad affezioni o lesioni che possono essere trattate sul posto.*

BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI

- *denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio*
- *i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa*
- *beni, diversi da capi di abbigliamento, valige, borse e zaini che siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo*
- *rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore*
- *il furto o danneggiamento di: cicli, autoveicoli, natanti e attrezzature nautiche, masserizie e attrezzature per sport invernali protesi dentarie, ponti, lenti a contatto o lenti corneali, occhiali da vista, occhiali da sole, telefoni cellulari, arti artificiali o protesi acustiche;*
- *logorio, perdita di valore, danno o guasto meccanico o elettrico causato da qualsiasi procedimento di pulitura, riparazione o ripristino, oppure danni causati da fuoriuscite di polveri o liquidi trasportati nel bagaglio dell'Assicurato;*
- *furto non denunciato entro 24 ore dalla scoperta dello stesso e per il quale l'Assicurato non si faccia rilasciare la copia della denuncia*
- *ritardata consegna o trattenimento degli effetti dell'Assicurato da parte di autorità doganali o di altri funzionari che li trattengano legalmente*
- *qualsiasi articolo, laddove l'Assicurato non sia in grado di fornire una ragionevole prova del loro possesso o valore*
- *beni lasciati incustoditi in un luogo pubblico*
- *danneggiamento di articoli trasportati sul portapacchi di un veicolo*
- *danni arrecati a valigie, borse da viaggio o bagaglio analogo, a meno che l'articolo danneggiato non sia inutilizzabile*
- *furto del bagaglio o degli effetti personali avvenuto quando i beni in questione non sono sotto il controllo dell'Assicurato o si trovano sotto il controllo di un soggetto diverso dalla compagnia aerea o dal vettore*
- *danni derivanti da incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza*
- *insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici*
- *il furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni*

COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI

Sono sempre escluse le richieste di rimborso:

- *se nel luogo di destinazione (o di transito) è stata dichiarata una quarantena o lockdown prima della partenza del viaggio;*
- *per perdite a seguito di rinuncia da parte dell'Assicurato alla prosecuzione/riprotezione del Viaggio interrotto qualora sia possibile la prosecuzione/riprotezione;*
- *in caso di violazione da parte dell'Assicurato delle disposizioni normative (sanitarie e amministrative) propedeutiche al viaggio prenotato, emanate da parte delle autorità competenti.*

A chi è rivolto questo prodotto?

È rivolto ai Tour Operator o alle Agenzie di Viaggio, con sede in Italia, a beneficio dei propri clienti (residenti in Italia) che acquistano da questi ultimi un viaggio programmato.

Quali costi devo sostenere?

È a carico del Contraente la quota parte del premio imponibile percepita dagli Intermediari (con riferimento all'intero flusso commissionale) a titolo provvigionale, che nel presente contratto è in media pari al 22%.

Diritto di recesso

*In caso di polizza stipulata a distanza per il tramite di un intermediario, Il Contraente, ai sensi dell'art. 59-octies del Codice del Consumo, dispone di un termine **14 giorni** di calendario per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare alcun motivo. Il termine decorre dalla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricezione della documentazione (pre)contrattuale completa.*

*Tale diritto è esercitabile **purché**, in tale periodo:*

- il Contraente/l'Assicurato non abbia fatto una denuncia di sinistro e/o nei casi in cui il Contraente/Assicurato non abbia chiesto la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate.

Il Contraente potrà esercitare il diritto di recesso:

- *Tramite lettera raccomandata A/R a Global Assistance Spa - Piazza Diaz,6 20123 MILANO*
- *Tramite PEC all'indirizzo globalassistancespa@legalmail.it*
- *Tramite altra modalità resa disponibile dall'intermediario.*

La Compagnia provvederà al rimborso del premio integrale pagato in fase di conclusione del contratto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	*Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto all'indirizzo dell'Impresa Global Assistance S.p.A., Piazza Diaz 6, 20123 Milano, all'attenzione dell'ufficio Gestione Reclami (indirizzo di posta elettronica: gestione.reclami@globalassistance.it). Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet dell'Impresa www.globalassistance.it nella sezione "Reclami".*

	Ai reclami verrà dato riscontro dall'impresa nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento dello stesso da parte dell'Impresa.
All'IVASS	*In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva (superiore al periodo suindicato), è possibile rivolgersi all'IVASS (Istituto per la vigilanza delle assicurazioni - Servizio Tutela del Consumatore), Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it utilizzando l'apposito Modello presente sul sito dell'IVASS (Info su: www.ivass.it)*
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):	
Arbitro Assicurativo	*Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.*
Mediazione	*Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).*
Negoziazione assistita	*Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.*
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	***Arbitrato:*** *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.* ***Liti Transfrontaliere:*** *è possibile presentare reclamo all'IVASS (che provvede lei stessa all'inoltro al sistema estero competente) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o direttamente al sistema estero competente (rintracciabile accedendo al sito: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Finance)*

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	***Regime fiscale:*** *Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente* ***Detrazione premi:*** *Non è prevista detraibilità fiscale dei premi.* ***Tassazione prestazione assicurata:*** *Non è prevista alcuna tassazione sulle prestazioni assicurate*

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	*Qualora il cliente sia stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.* *Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.* *Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://globalassistance.it/oblio-oncologico/*
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	*Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.*
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	*Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.* *Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.*

Global Assistance

Polizza Intermediata da AMI Assistance

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

"AMITOUR"

Ed. 1AMITO1P

Data ultimo aggiornamento 01/09/2026

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
Art. 1 – PAGAMENTO DEL PREMIO, DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE 5
Art. 2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE 5
Art. 3 – DURATA– PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE 5
Art. 4 – FORO COMPETENTE - ARBITRATO 6
Art. 5 – DURATA DELLE GARANZIE 6
Art. 6 – ONERI FISCALI 6
Art. 7 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 6
Art. 8 – ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA 6
Art. 9 – RISCHI ASSICURABILI 6
Art. 10 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 6
Art. 11 – AGGRAVAMENTO DI RISCHIO 6
Art. 12 – DIMINUZIONE DI RISCHIO 6
Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI 6
Art. 14 – FRANCHIGIE/SCOPERTI 7
Art. 15 – MASSIMALI E LIMITI PER EVENTO 7
Art. 16 – LIMITAZIONI SULLE ATTIVITÀ SPORTIVE 7
Art. 17 – ESCLUSIONE TERRITORIALE 7
COSA È POSSIBILE ASSICURARE 8
SEZIONE A - ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA 8
Art. 18 – OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA 8
Art. 19– APP DOC24 12
SEZIONE B- BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI 14
Art. 20 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI 14
SEZIONE C - "COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI" 15
Art. 21 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI 15
COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE 16
Art. 22– ESCLUSIONI 16
CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 19
Art. 23 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO 19
Art. 24 – PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO 21
ARTICOLI DI LEGGE RIPORTATI NEL CONTRATTO 22
ESEMPI DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE, SCOPERTI E MASSIMALI 24

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.
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 polizza:	Il documento sottoscritto dalle parti che forma parte integrante della Polizza.
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:	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*.
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di decorrenza indicato nel *Modulo di Polizza*, purché il Premio pattuito, o la prima rata di Premio, risulti pagato.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15esimo giorno dopo quello di scadenza del pagamento e riprende vigore alle ore 24:00 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 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.
Il mancato pagamento del premio entro la data di effetto di cui sopra implica la nullità del Contratto e la *Compagnia* provvederà all'annullamento dello stesso senza effetto.

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.

2.1 – Validità dell'assicurazione

Le garanzie sono valide ed operanti esclusivamente per Assicurati con residenza in Italia (o in possesso di regolare permesso di soggiorno rilasciato dalle autorità Italiane).
L'Assicurazione, salvo eventuale diversa indicazione riportata alle singole garanzie, è valida per i Sinistri avvenuti in tutti i paesi riguardanti il Viaggio regolarmente comunicato alla Società.
In particolare, le garanzie sono valide ed operanti durante il viaggio:

- a partire dalla stazione di partenza fino a quella di termine del Viaggio al rientro 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.

2.2 – 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, l'indicazione dell'Impresa di Assicurazioni che le eroga e le modalità di gestione delle prestazioni assicurate, fornendo altresì indicazioni precise ove poter acquisite le informazioni integrali delle Condizioni di Assicurazione.

2.3 – Modalità di comunicazione delle adesioni alla Società

Premesso che la presente Polizza collettiva è di tipo inclusivo e accessoria alla vendita di un viaggio acquistato presso la Contraente, è onere di quest'ultima comunicare alla Società, anche per il tramite dell'intermediario, i nominativi degli Assicurati al momento della loro inclusione/prenotazione del viaggio o al più tardi entro la data di effetto delle singole coperture.
Le comunicazioni dovranno riportare le indicazioni essenziali delle singole coperture assicurative (nominativi, decorrenza/scadenza e destinazione del viaggio).
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 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.

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 – DURATA DELLE GARANZIE
Premesso che la garanzia è operante per gli Assicurati partecipanti al Viaggio organizzato dal Contraente e per il periodo di durata del Viaggio stesso, resta inteso che:

1. le garanzie e prestazioni previste in Polizza hanno efficacia, per ogni Assicurato, dalla data di inizio del Viaggio o del soggiorno prenotato (ovvero decorrono dalla fruizione del primo servizio previsto dal contratto stipulato con il Tour Operator) e terminano alla data di conclusione del Viaggio o del soggiorno (ovvero dalla fruizione dell'ultimo servizio contrattualmente previsto) 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;
2. la copertura cessa comunque automaticamente nel momento in cui l'Assicurato anticipa, per qualsiasi motivo, il proprio rientro alla propria residenza, indipendentemente dal numero dei giorni per i quali è stata stipulata l'assicurazione;
3. gli Assicurati inclusi in data precedente all'eventuale mancato rinnovo (disdetta) della presente Polizza collettiva, purchè regolarmente comunicati alla Società, restano comunque in copertura sino alla scadenza del loro viaggio.

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 TITOLARITA' 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 rese dal *Contraente* all'atto della stipulazione della *Polizza* costituiscono elemento essenziale per la valutazione del rischio. Eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative ad esso possono comportare la perdita totale o parziale al diritto alla prestazione o all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile). **È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.**

Art. 11 – AGGRAVAMENTO DI RISCHIO
Il Contraente (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.
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 – DIMINUZIONE DI RISCHIO
Nel caso di diminuzione di rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile.

Art. 13 – ALTRE ASSICURAZIONI
Il *Contraente* è esonerato dalla preventiva comunicazione alla *Compagnia* dell'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la Polizza. Tuttavia, in caso di *Sinistro*, il *Contraente* deve darne avviso per iscritto a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, così come previsto dall'art.1910 del Codice Civile.

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'*Indennizzo*.

Art. 14 – FRANCHIGIE/SCOPERTI

Le singole sezioni di polizza prevedono o potrebbero prevedere la liquidazione del sinistro previa applicazione di una Franchigia/Scoperto a carico dell'Assicurato, il cui importo è determinato secondo quanto previsto alle rispettive Sezioni.
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 franchigia prevista nell'art.18.

Art. 15 – MASSIMALI E LIMITI PER EVENTO

1. Le coperture assicurative sono prestate fino alla concorrenza dei relativi massimali assicurati (indicati nel Modulo di Polizza), prescelti dal Contraente, e con i limiti di rimborso indicati per singola prestazione, da intendersi quale disponibilità massima per persona e per periodo assicurativo.
2. Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima, se non diversamente dettagliato nella Tabella delle Prestazioni, non potrà superare l'importo massimo di € **300.000,00 per evento**. Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun *Assicurato* saranno ridotti in proporzione.

Art. 16 – 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 idroscì, 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. 17 – 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

LE GARANZIE

Le garanzie incluse nel pacchetto sono:

- Assistenza, Rimpatrio e Spese Mediche di emergenza (sez. A);
- Bagaglio ed effetti personali (sez. B);
- Coperture Covid-19 e sue varianti (sez. C).

SEZIONE A - ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

(Garanzia Principale, obbligatoria)

Le prestazioni della sezione ASSISTENZA operano anche in caso di Covid 19 e sue varianti accertate e certificate o in caso di quarantena relativa al Covid 19 tracciata e certificata dalle competenti autorità;
le prestazioni della sezione SPESE MEDICHE operano anche in caso di Covid 19 e sue varianti accertate e certificate dalle competenti autorità.

Art. 18 – OGGETTO DELLA GARANZIA ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

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
Consulenza medica telefonica	Servizio di assistenza medica qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici. Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.
Spese telefoniche	La Società prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale operativa di Assistenza fino all'ammontare indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione.
Invio di medicinali urgenti all'estero (Garanzia valida all'estero)	In caso di necessità determinata da infortunio o malattia, la Società ricerca per l'Assicurato che si trovi all'estero i medicinali indispensabili alla sua salute e non reperibili localmente, provvedendo ad inviarglieli nel più breve tempo possibile, nei limiti ammessi dalla legislazione del paese in cui si trova l'Assicurato. Il costo di tali medicinali resta a carico dell'Assicurato. I trattamenti in corso prima della partenza non sono coperti dalla garanzia. I contraccettivi non sono considerati medicinali.
Segnalazione di un medico specialista all'estero (Garanzia valida all'estero)	Qualora lo si ritenga necessario a causa dello stato di salute dell'Assicurato, la Società segnala il nominativo ed indirizzo di un medico specialista o di una struttura idonea nella zona più prossima al luogo in cui si trova l'Assicurato.
Invio di un medico in Italia in casi di urgenza	Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Società tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne **(dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi**, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.
Trasporto dell'Assicurato al centro medico	La Società organizza il trasporto dell'Assicurato alla struttura ospedaliera più idonea o meglio attrezzata a prestare le cure necessarie tenendo a proprio carico le spese fino all'importo indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione. A seconda della gravità e delle circostanze, il trasporto dell'Assicurato è effettuato, in accordo con il Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, in treno, in vettura di 1° classe, con posto a sedere, in cuccetta o in vagone letto, oppure in ambulanza o con veicolo sanitario leggero, su volo regolare di linea con posto a sedere o in barella, oppure con aereo sanitario privato limitatamente agli spostamenti locali.

Rientro sanitario dell'Assicurato	Il Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, né organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – il trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza. A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi: aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei. Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa. Per i viaggi all'estero, il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica eventualmente barellato. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.
Rientro della salma	In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Società organizza a sue spese il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.
Spese funerarie	La Società si fa carico delle spese di prima conservazione, delle spese amministrative e delle spese per la prima bara necessaria al trasporto organizzato dai suoi servizi, fino all'ammontare indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione. Le spese per le esequie, l'inumazione e la cerimonia funebre restano a carico dei Familiari.
Spese di viaggio di un familiare dell'Assicurato	In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà e la Società prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino all'ammontare indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.
Assistenza ai minori	Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa di Assistenza mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli alla residenza. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.
Prolungamento del soggiorno	La Centrale Operativa di Assistenza provvederà per l'Assicurato, i familiari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e la Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino all'ammontare indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione.
Rientro del viaggiatore convalescente	Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti, la Centrale Operativa organizzerà, e la Società – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – prenderà in carico, il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe). La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.
Spese di prosecuzione del viaggio dell'Assicurato e dei suoi accompagnatori	Nel caso in cui l'Assicurato abbia interrotto il viaggio a causa di un infortunio o di una malattia coperti dalla garanzia ma il suo stato di salute, secondo il parere dell'équipe medica della Centrale Operativa, non abbia reso necessario il rimpatrio e la durata prevista del viaggio non sia terminata, la Società si fa carico, fino all'ammontare indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione ed entro i limiti del costo del rientro alla residenza, delle spese di trasporto dell'Assicurato vittima dell'Infortunio o della malattia, dei familiari con lui viaggianti o di un compagno di viaggio, per consentire loro di riprendere il viaggio interrotto. In tutti i casi spetta alla Centrale Operativa la decisione in merito alla scelta dei mezzi di trasporto.

Rientro dei familiari o del compagno di viaggio	In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà, e la Società prenderà in carico, il rientro (Aereo classe turistica o Treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.
Rientro anticipato	La Centrale Operativa di Assistenza organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati. La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'Assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente la Società metterà a disposizione dell'Assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.
Interprete telefonico a disposizione all'estero Operante solo all'Estero	Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero, si trovi in difficoltà nel comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa organizza un servizio di interprete telefonico per facilitare i contatti fra l'Assicurato ed i medici curanti.
Anticipo cauzione penale all'estero Operante solo all'Estero	Qualora l'Assicurato sia incarcerato o sia oggetto di mandati d'arresto o ordini di cattura in relazione a fatti non noti prima dell'acquisto del viaggio, la Società anticiperà all'Estero, fino ad un importo di **€ 25.000,00**, la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra. Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.
Anticipo spese di prima necessità per eventi di particolare gravità	Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di **€ 8.000,00** a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

Trasmissione di messaggi urgenti	Su espressa richiesta dell'Assicurato, la Società, tramite la Centrale Operativa, trasmette **24 ore su 24** al destinatario i messaggi di carattere urgente e strettamente personale.
Spese di ricerca, soccorso e salvataggio	La Società si fa carico o effettua il rimborso, fino all'importo indicato nell'art.18.6 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione), delle spese di ricerca, soccorso (inclusa slitta) e salvataggio (incluso elicottero) relative alle operazioni organizzate dai soccorritori civili o militari o dagli organismi che hanno l'obbligo di intervenire in seguito alla scomparsa dell'Assicurato o ad un infortunio da questi subito. Possono essere oggetto di rimborso soltanto le spese sostenute dagli organismi abilitati a soccorrere l'Assicurato e fatturate all'Assicurato.
Rimborso 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) sostenute dall'Assicurato per malattia improvvisa o infortunio in viaggio, entro il limite specificato nella "Tabella delle Garanzie". 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: • il rimborso delle spese sostenute in viaggio per cure dentistiche urgenti e non procrastinabili al rientro presso la residenza dell'Assicurato: entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie" di cui all'Allegato 1 alle 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. • le spese mediche sostenute dall'Assicurato al rientro in Italia a seguito di infortunio occorso in

	viaggio all'estero: fino ad un massimo di **€ 600,00**, 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 limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie" (di cui all'Allegato 1 alle 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.

18.1 – 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.

18.2 – 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.

18.3 – 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.

18.4 – 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.

18.5 – 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).

18.6– Limiti e massimali

Di seguito i *massimali* e le limitazioni operanti:

Prestazioni SEZIONE A)	Massimali
1 Consulenza medica telefonica	Costi effettivi
1.1 - Spese Telefoniche	€ 100,00
2 - Invio di medicinali urgenti all'estero	Costi effettivi di invio
3 - Segnalazione di un medico specialista all'estero	Costi effettivi
4 - Invio di un medico in Italia in casi di urgenza	Costi effettivi
5 - Trasporto dell'***Assicurato*** al centro medico	€ 5.000,00
6 - Rientro sanitario dell'***Assicurato***	Costi effettivi
7 - Rientro della salma	Costi effettivi
8 - Spese funerarie	€ 3.000,00
9 - Spese di viaggio di un familiare dell'***Assicurato*** (in caso di ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni)	Biglietto A/R Pernottamento: massimo € 100 al dì /massimo 10 gg
10 - Assistenza ai minori	Biglietto A/R
11 - Prolungamento del soggiorno	Pernottamento: massimo € 100 al dì /massimo 10
12 - Rientro del viaggiatore convalescente	Costi effettivi
13 - Spese di prosecuzione del viaggio (dell'***Assicurato*** e dei suoi accompagnatori)	Costi effettivi, ma entro il limite del costo dell'eventuale rientro alla residenza
14 - Rientro dei familiari o del compagno di viaggio	Biglietto di rientro
15 - Rientro anticipato	Biglietto di rientro
16 - Interprete telefonico a disposizione all'estero	€ 1.000,00
17 - Anticipo cauzione penale all'estero	€ 25.000,00
18 - Anticipo spese di prima necessità	€ 8.000,00
19 - Trasmissione di messaggi urgenti	Costi effettivi
20 - Spese di ricerca, soccorso e salvataggio	€ 1.500,00
21 - Rimborso spese mediche urgenti	
ITALIA	Entro il massimale assicurato
EUROPA	Entro il massimale assicurato
MONDO	Entro il massimale assicurato
• Sottolimite per cure dentarie urgenti	€ 300,00

Art. 19– APP DOC24

a) Descrizione del servizio

L'***Assicurato*** può scaricare l'"APP DOC 24" (disponibile su Apple Store e Google Play) accedendo, attraverso autenticazione, ai servizi di assistenza medica come descritti di seguito.

b) Durata del servizio

I servizi di assistenza medica presenti nell'"APP DOC 24" decorrono dalla data di prenotazione del viaggio acquistato e terminano alla data programmata di rientro del viaggio.

c) Come accedere ai servizi dell'APP "DOC 24"

Qualora l'***Assicurato*** desideri attivare i servizi presenti nell'"APP DOC 24", dopo averla scaricata dall'Apple Store o da Google Play, dovrà accedere al sito www.doc24.it ed effettuare la registrazione al termine della quale riceverà un'email contenente username e password di accesso.

d) Prestazioni previste nell' "APP DOC 24"

L'APP "DOC 24" mette a disposizione dell'*Assicurato* le seguenti prestazioni:

- ***Misurazione parametri medici***

  Qualora l'Assicurato effettui le misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali: pressione arteriosa; ossigenazione del sangue; frequenza cardiaca; glicemia; peso; temperatura; activity tracker; sonno, potrà, tramite APP o sito, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso ovvero l'inserimento sarà automatico se utilizzerà i device integrati con DOC 24 o se gli stessi device in possesso del Cliente sono rilevabili dall'applicazione Health Kit di Apple (I-Phone) a cui deve dare autorizzazione per il trasferimento delle misurazioni in via automatica all'APP DOC 24. Per prendere visione dei dispositivi compatibili con DOC 24, accedere al sito www.doc24.it.

  I dispositivi integrati con DOC 24 sono compatibili con la maggior parte degli smartphone e tablet Apple e Android. È tuttavia possibile che in alcune circostanze si presentino incompatibilità impreviste. In questi casi il Cliente può inserire la misurazione manualmente e, qualora la situazione persista, contattare la Centrale Operativa al numero dedicato, dalle 9.00 alle 18.00 da lunedì al venerdì, per chiedere assistenza tecnica.

  Può essere consigliabile disattivare il servizio durante lo svolgimento di attività fisica ad alta intensità in sicurezza, ovvero quando le misurazioni dei parametri vitali possono risultare alterate senza un reale bisogno di accertamenti. Per disattivarlo dissociare il collegamento tra il dispositivo e l'App DOC 24. In presenza di connessione Internet adeguata le misurazioni verranno automaticamente registrate nella Storia medica online, nella quale verrà conservato l'intero storico delle rilevazioni..

- ***Servizio Alert***

  Salvo diversa indicazione, al momento dell'attivazione vengono impostati automaticamente, sulla base degli standard medici dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, i limiti minimo e massimo dei diversi monitoraggi. Qualora la misurazione fuoriesca dai limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" in Centrale Operativa, a seguito del quale si metterà in contatto con l'Assicurato tramite il mezzo più idoneo (cellulare) per fornire un'assistenza immediata e concordare gli interventi più appropriati, laddove ritenuti necessari.

  La Centrale Operativa non ha visione del dato rilevato ma solo di una richiesta di assistenza a seguito di Alert per una misurazione registrata. Nessuna valutazione verrà analizzata sul dato rilevato manualmente o dal dispositivo integrato.

  La prestazione viene erogata 24 ore su 24 ed è fornita gratuitamente per tutta la durata del servizio

- ***Consulti medici in video conferenza***

  Attraverso DOC 24, sia da APP che da web o attraverso il numero di telefono dedicato, il Cliente potrà effettuare 24 ore su 24 tele o videovisite con un Medico generico o specialistico (cardiologo o pediatra).

  A seguito dell'erogazione dei consulti il Cliente riceverà via mail il report riepilogativo del consulto effettuato e lo potrà trovare sempre all'interno della propria pagina personale. Il presente documento viene trasmesso al solo fine di fornire un riassunto del contenuto del parere rilasciato. Il presente documento non costituisce in alcun modo un referto medico né può essere utilizzato come tale.

  La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa ed è fornita gratuitamente per un massimo di 1 volta durante il periodo di viaggio (eventuali consulti derivanti dal Servizio Alert sono esclusi dal numero di prestazioni previste in questa sezione).

  In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, **l'Assicurato potrà alternativamente accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il numero +39 039 655 460 13**

- ***Storia Medica***

  La Storia medica online consente al Cliente di poter usufruire di una sezione dedicata dove inserire tutte le informazioni relative ai dati anagrafici:

  - dati personali: data di nascita; gruppo sanguigno; colore pelle; peso; altezza; stato civile
  - allergie
  - segni particolari: es. segnalare eventuali cicatrici, tatuaggi o nei
  - abitudini: es. abitudini alimentari
  - nascita: es. nato a termine o prematuro, peso
  - anamnesi famigliare: patologie famigliari
  - anamnesi personale: malattie o traumi o interventi chirurgici, protesi
  - malattie professionali
  - contatti di emergenza: medico di riferimento oppure altri contatti

  Inoltre, all'interno di questa sezione, il Cliente potrà trovare tutte le misurazioni registrate in DOC 24 riguardo ai propri parametri vitali in presenza di una connessione a banda sufficiente, permettendo così di archiviare tutti i dati sulla propria salute, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc.).

e) Costo della prestazione
La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione dei servizi presenti e disponibili nell' "APP DOC 24".

f) Esonero *di responsabilità*
L'*Assicurato* dichiara fin d'ora di esonerare la Società da qualsivoglia responsabilità derivante dal mancato funzionamento – totale e/o parziale – dell'"APP DOC 24" a causa di mancata e/o parziale copertura del servizio Internet, attraverso il quale l'"APP DOC 24" funziona in modo adeguato.
L'*Assicurato* prende atto che, in caso di divergenza tra il dato rilevato dallo strumento di misurazione e quello pubblicato sul tablet/smartphone, è da ritenere valido quello rilevato dallo strumento di misurazione e che in ogni caso il servizio non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante.

SEZIONE B- BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI

(Garanzia Principale, obbligatoria)

Art. 20 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI

La polizza prevede un indennizzo, nei limiti dei massimali previsti riportati nell'art. 20.2 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione per:

a) *Bagaglio ed effetti personali*
La Società rimborsa o sostituisce (a sua discrezione) i beni dell'*Assicurato* in caso di:
- furto, incendio, rapina, scippo;
- mancata riconsegna o danneggiamento da parte del Vettore del bagaglio personale che l'*Assicurato* porta con sè durante il viaggio, compresi gli abiti e gli oggetti indossati, entro il massimale previsto riportato nell'art. 20.2 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Il rimborso dei beni sarà determinato avendo in considerazione il logorio e la perdita di valore.
In caso di furto o danneggiamento di "oggetti di valore" di proprietà dell'*Assicurato*, così come definiti in polizza, il loro rimborso è limitato cumulativamente all'importo del massimale previsto riportato nell'art. 20.2 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per tali oggetti la copertura non opera se inseriti nel bagaglio consegnato a Società di trasporto.
Il rimborso è altresì limitato per ogni singolo oggetto all'importo indicato nell'art. 20.2 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione. I corredi fotocineottici (obiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie, ecc.) sono considerati quale unico oggetto.

b) *Passaporto e documenti di viaggio*
La polizza prevede il rimborso dei costi di sostituzione del passaporto, della carta di identità, dei biglietti di viaggio, degli ski-pass, delle carte verdi e dei biglietti d'ingresso prepagati dell'*Assicurato*, nei limiti del massimale previsto riportato nell'art. art. 20.2 "limiti e massimali" delle presenti Condizioni di Assicurazione e per i motivi di cui al precedente punto a).

c) *Ritardo nella riconsegna del bagaglio*
In caso di ritardo nella riconsegna del Bagaglio, **esclusivamente per il viaggio di andata, superiore a 12 ore**, viene riconosciuto un rimborso per le spese sostenute dall'*Assicurato* per l'acquisto di effetti personali di prima necessità. Il rimborso verrà riconosciuto solo in presenza degli scontrini di acquisto in originale e dietro presentazione della denuncia in originale inoltrata al Vettore responsabile del ritardo.

20.1 – Condizioni speciali applicabili alla Sezione B
Come condizioni per la copertura prestata in base alla presente Sezione: gli oggetti lasciati in automobile, nel camper, nel caravan e a bordo di motocicli o altri veicoli sono assicurati solo se riposti nel bagagliaio chiuso a chiave e non visibili dall'esterno, e se il mezzo viene lasciato in un parcheggio custodito e a pagamento. L'indennizzo massimo per persona è, in tal caso, pari ad **€ 150,00.**

20.2 – Limiti e massimali
Di seguito i *massimali* e le limitazioni operanti:

Prestazioni SEZIONE B)	Massimali
a - Bagaglio e oggetti personali	Entro il massimale *Assicurato* indicato, per destinazione, nel Modulo di Polizza.
♦ Sottolimite per singolo articolo	€ 150,00
♦ Sottolimite cumulativo per "oggetti di valore"	Entro il 50% del massimale *Assicurato*
b - Passaporto e documenti di viaggio	€ 150,00
c - Ritardo nella riconsegna del bagaglio	€ 300,00

SEZIONE C - "COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI"

(Garanzia principale, obbligatoria)

Art. 21 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI

La polizza prevede un indennizzo per:

1- FERMO PER QUARANTENA DOVUTO A COVID-19 E SUE VARIANTI

Nel caso in cui l'Assicurato sia oggetto di "Fermo Sanitario" (intendendosi per tale il periodo di segregazione imposto dall'Autorità locale competente per motivi di sicurezza sanitaria, durante il quale l'Assicurato venga sottoposto ad accertamenti sanitari o a quarantena, in quanto persona ritenuta portatrice di malattia infettiva contagiosa da Covid-19 e sue varianti) nel Paese/località di destinazione del Viaggio o di transito, la Società rimborserà, **fino a € 1.500,00 per persona ed € 7.500,00 per pratica di Viaggio** (ovvero più persone incluse nella stessa pratica di viaggio - fattura di viaggio), **con il sotto limite di € 100,00 al giorno** per pernottamento e vitto per persona, gli eventuali maggiori costi essenziali ed indispensabili per:

a. vitto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per la permanenza forzata in loco oltre il periodo già prenotato;

b. i titoli di viaggio per il rientro nel territorio italiano, qualora non possa usufruire di quelli già in suo possesso. La Società si riserva la facoltà di richiedere/verificare con l'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o dai vettori (inclusi voucher/buoni) e nel qual caso rimborserà solo i maggiori costi sostenuti derivanti dalla nuova prenotazione.

2- FERMO PER LOCKDOWN DOVUTO A COVID-19 E SUE VARIANTI

Nel caso in cui l'Assicurato sia oggetto di "Fermo Amministrativo" (intendendosi per tale l'impossibilità di partire per il Viaggio a causa di lockdown che imponga restrizioni alla libera circolazione delle persone per motivi di sicurezza sanitaria o di pubblica sicurezza nel Paese/località di destinazione del Viaggio o di transito, o di impossibilità a proseguire il Viaggio a causa di un eventuale lockdown nel luogo ove l'Assicurato si trova al momento del Viaggio) non dovuto a sue condizioni personali, che comporti la perdita dei servizi prenotati dall'Assicurato, la Società rimborserà**, fino a € 1.500,00 per persona ed € 7.500,00 per pratica di Viaggio** (ovvero più persone incluse nella stessa pratica di viaggio - fattura di viaggio), **con il sotto limite di € 100,00 al giorno** per pernottamento e vitto per persona, gli eventuali maggiori costi essenziali ed indispensabili per:

a. riprotezione dei voli persi o non usufruiti, incluse le tratte in congiunzione, al netto di eventuali rimborsi del vettore. La Società si riserva la facoltà di richiedere/verificare con l'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o dai vettori (inclusi voucher/buoni) e nel qual caso rimborserà solo i maggiori costi sostenuti derivanti dalla nuova prenotazione.

b. pernottamento e vitto imprevisti durante il Viaggio per permanenza forzata in loco oltre il periodo già prenotato o permanenza forzata nel luogo di transito

c. penali per i servizi a terra annullati o perduti per c.d. "no-show".

La Società per i punti "b" e "c" si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o dai vettori e rimborserà gli eventuali maggiori costi sostenuti entro l'importo sopra indicato.

21.1 – Limiti e massimali

Di seguito i *massimali* e le limitazioni operanti:

Prestazioni SEZIONE E)	Massimali
Fermo per quarantena dovuto a covid-19 e sue varianti	fino a € 1.500,00 per persona ed € 7.500,00 per pratica di Viaggio, con il sotto limite di €100 al giorno.
Fermo per lockdown dovuto a covid-19 e sue varianti	fino a € 1.500,00 per persona ed € 7.500,00 per pratica di Viaggio, con il sotto limite di €100 al giorno.

COSA NON È POSSIBILE ASSICURARE

Art. 22– ESCLUSIONI

22.1 – 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 implichino 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; • Il costo 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.

22.2 – 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.

22.3 - Esclusioni specifiche di garanzia

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

Sez. A) **ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA**	**Le prestazioni di Assistenza, Rimpatrio e Spese Mediche di emergenza non sono dovute nei seguenti casi:** – organizzazione diretta, o comunque senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, di tutte le prestazioni di assistenza previste, salvo quanto previsto al precedente art. 18.3 "Erogazione delle prestazioni della Centrale Operativa di Assistenza"; – le spese stradali (pedaggio, carburante), di taxi o di dogana e le spese di ristorazione/hotel, salvo quelle previste dalla garanzia; – in caso di ricovero, il costo di una camera singola, a meno che non sia indicata per ragioni di ordine medico; – 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 – i fatti che possono essere penalmente sanzionabili in base alla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato; – malattie nervose mentali, psichiatriche, psicologiche e psicosomatiche; – 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; – 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; – le cure infermieristiche, termali, dimagranti, riabilitative o fisioterapiche e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; – 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; – le spese di trapianto di organi non rese necessarie da un infortunio o da una malattia inclusi in copertura; – 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; – le spese e i trattamenti non prescritti da un'autorità medica abilitata; – le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla sterilità e/o impotenza; – le spese mediche sostenute successivamente al rientro alla residenza dell'Assicurato; – le spese per contraccettivi; – le spese mediche e dentarie di routine; – le spese per telefonate (eccetto quelle dirette alla Centrale Operativa di Assistenza). – Tutte le prestazioni di assistenza non son altresì dovute: – nel caso in cui l'Assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa, ovvero: – i) si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso cui questi si trova ricoverato;

	– ii) l'Assicurato o chi per lui volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario alla data e con il mezzo indicati dai medici della Centrale Operativa. In questo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza, garantendo il rimborso delle ulteriori spese ospedaliere e chirurgiche solo fino all'importo corrispondente al costo del trasporto/rientro rifiutato. – Non danno diritto alla prestazione "Rientro sanitario dell'Assicurato" le affezioni o lesioni che possono essere trattate sul posto.
Sez. B) **BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI**	**La garanzia Bagaglio ed effetti personali non comprende:** – denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio; – i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.); – i beni che, diversi da capi di abbigliamento e dalle valige, borse e zaini siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo; – le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore; – il furto o danneggiamento di cicli, autoveicoli, natanti e attrezzature nautiche, masserizie e attrezzature per sport invernali; – il furto o danneggiamento di protesi dentarie, ponti, lenti a contatto o lenti corneali, occhiali da vista, occhiali da sole, telefoni cellulari, arti artificiali o protesi acustiche; – il logorio, perdita di valore, danno o guasto meccanico o elettrico causato da qualsiasi procedimento di pulitura, riparazione o ripristino, oppure danni causati da fuoriuscite di polveri o liquidi trasportati nel bagaglio dell'Assicurato; – il furto non denunciato alle autorità di Polizia entro 24 ore dalla scoperta dello stesso e per il quale l'Assicurato non si faccia rilasciare la copia della denuncia; – la ritardata consegna o trattenimento degli effetti dell'Assicurato da parte di autorità doganali o di altri funzionari che li trattengano legalmente; – qualsiasi articolo, gruppo o paio di articoli laddove l'Assicurato non sia in grado di fornire una ragionevole prova del loro possesso o valore (ad esempio scontrini originali); – i beni lasciati incustoditi in un luogo pubblico; – danneggiamento di articoli trasportati sul portapacchi di un veicolo; – i danni arrecati a valigie, borse da viaggio o bagaglio analogo, a meno che l'articolo danneggiato non sia inutilizzabile; – il furto del bagaglio o degli effetti personali avvenuto quando i beni in questione non sono sotto il controllo dell'Assicurato o si trovano sotto il controllo di un soggetto diverso dalla compagnia aerea o dal vettore; – i danni derivanti da incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza; – l'insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici; – il furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni.
Sez. C) **COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI**	**La garanzia Coperture Covid-19 e sue varianti non comprende le richieste di rimborso**: – se nel luogo di destinazione (o di transito) è stata dichiarata una quarantena o lockdown prima della partenza del viaggio; – per perdite a seguito di rinuncia da parte dell'Assicurato alla prosecuzione/riprotezione del Viaggio interrotto qualora sia possibile la prosecuzione/riprotezione; – in caso di violazione da parte dell'Assicurato delle disposizioni normative (sanitarie e amministrative) propedeutiche al viaggio prenotato, emanate da parte delle autorità competenti.

CONDIZIONI CONTRATTUALI PER LA DENUNCIA E LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 23 – 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:

Via posta:	**International Care Company s.r.l.– Ufficio Sinistri** Via Paracelso 24 – 20864 AGRATE BRIANZA (MB)
o, in alternativa, via mail:	**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'*Assicurato*re 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 *Assicurato*ri 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.

Sez. A) **ASSISTENZA, RIMPATRIO E SPESE MEDICHE DI EMERGENZA**	**23.1.1 – <u>Denuncia Sinistri di Assistenza durante il viaggio e rimborso spese mediche:</u>** In caso di richieste di assistenza o di rientro anticipato o 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. **23.1.2– <u>Documentazione da inviare in caso di sinistro:</u>** ♦ **ASSISTENZA ALLA PERSONA** 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. ♦ **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.
Sez. B) **BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI**	**23.2 – <u>Denuncia Sinistri Bagaglio ed Effetti personali:</u>** In caso di sinistro l'***Assicurato*** deve: ➢ *<u>in caso di furto/incendio/rapina/scippo</u>*: • inoltrare denuncia alle Competenti Autorità di Polizia entro 24 ore dalla constatazione dell'evento; • se i beni oggetto del sinistro erano sottoposti alla custodia di un terzo (es. albergatore) inoltrare immediato reclamo scritto al terzo responsabile, e chiedere ad esso il risarcimento del danno; ➢ *<u>in caso di mancata riconsegna, smarrimento o danneggiamento a carico del Vettore</u>*: • alla constatazione del danno, informare immediatamente la Compagnia Aerea o la competente società di trasporti, facendosi rilasciare una copia autentica del modulo di denuncia di danni relativo all'evento denunciato (Property Irregularity Report per le Compagnie Aeree o documento equivalente per altro tipo di Vettore); • richiedere il risarcimento alla Compagnia aerea o alla Società di trasporti per iscritto, allegando l'originale della denuncia; • nel caso il bagaglio venga considerato definitivamente smarrito, attendere dichiarazione finale di smarrimento emessa dalla Compagnia Aerea con indicazione dell'importo riconosciuto a titolo di risarcimento.

	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) allegando anche la denuncia di furto (in originale, a meno che lo stesso non sia stato trasmesso al vettore responsabile, e in questo caso sarà sufficiente una copia) e fornire la ragionevole prova (es. scontrini o ricevute di acquisto) del possesso dei beni sottratti.
Sez. C) **COPERTURE COVID-19 E SUE VARIANTI**	**23.3.1 – <u>Denuncia sinistri Coperture Covid-19 e sue varianti</u>** In caso di necessità, l'Assicurato dovrà contattare immediatamente la Centrale Operativa, **in funzione 24 ore su 24**, indicando il motivo della chiamata, il nominativo dell'Assicurato che ha necessità di assistenza, i riferimenti della polizza indicati nel frontespizio del presente certificato assicurativo (numero polizza collettiva e denominazione Contraente) ed i recapiti (telefonici e/o indirizzo) ove è reperibile l'Assicurato malato o infortunato, ai seguenti recapiti telefonici: **NUMERO VERDE** (dall'Italia): **800 230 661** (dall'Estero): **+39 039 655 466 17** Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie su indicate 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. <u>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).**</u> Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non sia in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese attraverso i documenti di spesa in originale. Le richieste di rimborso dovranno pervenire alla Compagnia, tramite l'"Outsourcer" da questa incaricata alla gestione dei sinistri, **entro e non oltre 10 giorni** dalla conclusione del viaggio, specificando correttamente il danno subito 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) **23.3.2 – <u>Documentazione da inviare in caso di sinistro COPERTURE COVID-19 e sue varianti</u>** • documentazione attestante il "Fermo Sanitario" (tampone positivo, certificato di ricovero per Covid) o il "Fermo Amministrativo"; • contratto di viaggio (sia quello che è stato interrotto o non utilizzato, sia quello ri-acquistato); • documento di rimborso effettuato dalla Compagnia Aerea per le tasse aeroportuali (Refund Notice) del biglietto aereo non usufruito o la dichiarazione di non volato emessa dall'agenzia viaggi che ha emesso il biglietto o della Compagnia Aerea; • fatture di spesa relative ai costi di vitto e alloggio sostenute o per servizi fruiti forzatamente; • documenti attestanti le penali effettivamente sostenute; • documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori di servizi. I dati di cui ai primi due punti sono da fornire in riferimento a tutti gli Assicurati, con lui viaggianti, qualora avessero, anche questi ultimi, rinunciato di conseguenza al proseguimento della fruizione del viaggio ai sensi di polizza.

Art. 24 – <u>PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO</u>

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. 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. 1897 – Diminuzione del rischio
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

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. 1901 - Mancato pagamento del premio
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

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 riscosse 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.

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	**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

Global Assistance

MODELLO_GA_IP.CP/2025.12

INFORMATIVA SULLA PRIVACY

Informativa resa all'interessato per il trattamento assicurativo di dati personali comuni particolari.

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, dati relativi allo stato di salute di cui all'art. 9 (dati sanitari) 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 sottoscriva 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'INTRESSATO

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 son o 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 de dati contrattuali e grezzi di navigazione, diritto di opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante.

11. MODALITA' DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Potrete in qualsiasi momento esercitare i Vostri diritti inviando una e-mail a dpo@globalassistance.it , una PEC o una raccomandata A.R. all'indirizzo del Titolare.

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
E-mail: global.assistance@globalassistance.it
PEC: globalassistancespa@legalmail.it