

SECURITY PASS'PORT

Assicurazione di viaggio internazionale

Termini e condizioni

Tabella delle garanzie	3
1 Definizioni	7
2 Condizioni di ammissibilità	15
3 Durata della copertura assicurativa.....	16
4 Disposizioni sui premi	16
5 Assicurazione e assistenza medica	17
6 Prestazione in caso di morte e smembramento accidentale.....	26
7 Assistenza in viaggio	27
8 Assicurazione bagagli.....	29
9 Responsabilità civile e spese legali	33
10 Esclusioni.....	35
11 Procedure di gestione dei sinistri	40
12 Obbligo di divulgazione.....	42
13 Informativa sulla privacy.....	43
14 Reclami	46
15 Disposizioni finali.....	46
Appendice 1. Tabella del deprezzamento	48
Appendice 2. Sport e altre attività per il tempo libero	49

Il presente documento è una traduzione del testo inglese originale. In caso di incongruenze o controversie, farà fede il testo inglese originale.

Tabella delle garanzie

Le prestazioni e i limiti indicati di seguito sono soggetti alle condizioni, alle limitazioni e alle esclusioni specificate nella polizza assicurativa.

Se il contraente è assicurato con una polizza "Security Pass'Port complementare all'assicurazione locale", le seguenti prestazioni sono disponibili solo dopo l'utilizzo completo nei limiti previsti dall'assicurazione locale o in assenza di prestazioni analoghe da parte dell'assicurazione locale.

Sezione 1. Prestazioni mediche e relative al trasporto

<p>Somma assicurata per persona assicurata all'anno</p>	<p>1.000.000 € (che si riduce a 100.000 € per persona assicurata all'anno per gli sport praticati nel tempo libero e le altre attività specificate nell'Appendice 2)</p>
<p>Per "rimborso integrale" si intende che le spese in questione saranno pagate o rimborsate nei limiti della somma assicurata, a condizione che tali spese siano usuali, consuete e ragionevoli e che le cure in questione siano medicalmente necessarie.</p> <p>Gli importi sottostanti indicano i limiti del possibile rimborso dei costi pagati o delle spese sostenute per le voci pertinenti, a condizione che tali costi/spese siano usuali, consueti e ragionevoli e che le cure in questione siano medicalmente necessarie.</p> <p>Per numero di visite/giorni/notti si intende che il rimborso sarà basato sul numero effettivo di visite/giorni/notti, ma non oltre il numero di visite/giorni/notti indicato di seguito.</p> <p>Una singola polizza non può superare i 364 giorni di copertura per i cittadini statunitensi che partecipano ad un programma all'estero.</p> <p>Per "biglietto" si intende un biglietto ferroviario di 1^a classe o un biglietto aereo in classe Economy.</p>	
<p>Trattamento medico ospedaliero e ambulatoriale (diverso da quello specificato in altre sezioni della presente Tabella delle garanzie)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulenze mediche • Camera condivisa e pasti • Terapie intensive/Unità di Terapia Intensiva/Pronto Soccorso/Sala risveglio • Anestesia e varie spese ospedaliere • Interventi e assistenza chirurgica: ricovero e ambulatoriale • Test di pre-ammissione • Day Surgery vari • Radiografie ed esami diagnostici, MRT/TAC. • Ambulanza (trasporto terrestre o aereo) • Materiale medico (bende/medicazioni chirurgiche, gessi, ecc.) • Farmaci soggetti a prescrizione medica (ad eccezione dei farmaci da banco, come quelli per il raffreddore, vitamine, ecc.) 	<p>Rimborso integrale Numero illimitato di trattamenti</p> <p>Solo negli Stati Uniti si applica quanto segue: 150 \$ di franchigia quando si fa uso di un pronto soccorso per cure non urgenti (su richiesta del paziente)</p>

<p>Trattamento di una malattia cronica (preesistente o diagnosticata per la prima volta durante il periodo di validità della presente assicurazione) o trattamento di una condizione preesistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La copertura è prevista soltanto se la malattia/condizione passa allo stadio acuto o comporta una complicazione. 	<p>25.000 € solo per il trattamento del dolore e le cure mediche per salvare la vita del paziente</p>
<p>Trattamento di una malattia mentale Prestazione in funzione della durata dell'assicurazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meno di 3 mesi • 3-6 mesi • Più di 6 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessuna copertura • 300 € • 600 €
<p>Riabilitazione, fisioterapia e chiropratica Prestazione in funzione della durata dell'assicurazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meno di 3 mesi • 3-6 mesi • Più di 6 mesi • A seguito di un incidente 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 € • 200 € • 400 € • Rimborso integrale
<p>Emergenza odontoiatrica (antidolorifica) Prestazione in funzione della durata dell'assicurazione</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meno di 3 mesi • 3-6 mesi • Più di 6 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 € • 400 € • 800 €
<p>Prestazione per infortunio dentale (compreso il trattamento ortodontico), in caso di rottura di un dente naturale sano a seguito di un infortunio, compreso l'infortunio durante il viaggio verso il Paese d'origine.)</p>	<p>440 € per dente / 1.300 € per sinistro</p>
<p>Spese di ottica (occhiali/lenti) necessarie a seguito di un infortunio</p>	<p>420 €</p>
<p>Rimpatrio sanitario d'emergenza</p>	<p>Rimborso integrale</p>
<p>Trasporto della salma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo della bara 	<p>Rimborso integrale</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.000 €
<p>Presenza di una persona di fiducia in caso di decesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Biglietto di andata e ritorno per 1 persona: 1.400 € • Alloggio: 75 € a notte, 14 giorni
<p>Visita di una persona di fiducia in caso di emergenza: prestazione in funzione della durata del ricovero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero ospedaliero > 3 giorni • Ricovero ospedaliero > 7 giorni 	<ul style="list-style-type: none"> • Biglietto di andata e ritorno per una persona: 2.000 € Alloggio: 75 € a notte per persona, 15 giorni • Biglietto di andata e ritorno per due persone: 4.000 € alloggio: 105 € a notte per due persone, 15 giorni

Prolungamento del soggiorno a causa delle condizioni mediche dell'assicurato	150 € a notte, 10 giorni
Prolungamento del soggiorno dell'accompagnatore a causa delle condizioni mediche dell'assicurato	150 € a notte, 10 giorni
Rimpatrio dopo la stabilizzazione delle condizioni	Rimborso integrale di un biglietto di sola andata in classe Economy
Rimpatrio di un accompagnatore della persona assicurata	Rimborso integrale di un biglietto di sola andata in classe Economy
Invio di medicinali necessari non disponibili nel Paese ospitante	Costi di spedizione
Invio di un medico presso il domicilio dell'assicurato all'estero	Rimborso integrale
Rientro anticipato in caso di emergenza nel Paese d'origine: prestazioni in funzione della durata dell'assicurazione. <ul style="list-style-type: none"> Meno di 5 mesi Oltre 5 mesi 	<ul style="list-style-type: none"> Biglietto di sola andata Biglietto di andata e ritorno in ogni caso, massimo 10.000 €
COVID-19 <ul style="list-style-type: none"> Test PCR per la rilevazione del virus COVID-19 se prescritto dal personale medico in caso di sintomi confermati; Trattamento della COVID-19, compresi il ricovero e i farmaci; Costi di trasporto locale ed rimpatrio sanitario se consentito dalle autorità locali e se sono disponibili strutture di trasporto specializzate Qualsiasi complicazione conseguente. Esclusioni: <ul style="list-style-type: none"> Test rapidi per la rilevazione di anticorpi (ad esempio, test di screening della popolazione per le autorità sanitarie per monitorare l'immunità di gregge); Esami effettuati dall'assicurato senza prescrizione medica; Test richiesti dalle autorità per le persone che attraversano i confini del Paese (es. test PCR) 	Con riserva dei massimali stabiliti in altre sezioni della Tabella delle garanzie

Sezione 2. Morte accidentale e smembramento

Morte accidentale	15.000 €
Smembramento accidentale	Fino a 100.000 €, in base alla gravità dello smembramento

Sezione 3. Assistenza in viaggio

Assistenza in caso di smarrimento o furto di documenti personali all'estero	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Consigli sulle azioni e le procedure necessarie per ridurre al minimo i danni alla persona e per ricevere i duplicati dei documenti smarriti, inviando messaggi e richieste • Anticipo di contanti 	<ul style="list-style-type: none"> • Rimborso integrale • 1.000 €
Rimborso dei costi di sostituzione dei documenti personali	200 €
Trasmissione di messaggi urgenti all'estero	Rimborso integrale
Assistenza legale <ul style="list-style-type: none"> • Anticipo della cauzione • Spese legali 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.500 € • 3.000 €
Costi di ricerca e salvataggio	2.000 € a persona 15.000 € per evento relativo a più assicurati
Ritardo nel trasporto di oltre 24 ore	70 € per ogni giorno completo di ritardo (24 ore)/Massimo 420 €

Sezione 4. Assicurazione bagaglio

Bagaglio smarrito, rubato o danneggiato <ul style="list-style-type: none"> • Oggetti non di valore • Oggetti di valore e oggetti preziosi 	3.000 € <ul style="list-style-type: none"> • 350 € per articolo • 700 € per articolo
Ritardo nel trasporto dei bagagli di oltre 24 ore	200 € a persona 1.000 € per evento relativo a più assicurati

Sezione 5. Assicurazione di responsabilità civile

Somma assicurata per persona assicurata (tutte le linee combinate)	500.000 €
1. Lesioni personali, danni alla proprietà	Rimborso integrale
2. Spese legali, difesa e azioni legali	20.000 € a contenzioso con una soglia di intervento di 380 €.

Limite massimo per polizza e per evento

Se più assicurati vengono risarciti per lo stesso evento, l'importo totale delle prestazioni erogate dall'assicuratore non può superare i 20.000.000 € (tasse incluse) per evento per tutte le prestazioni e gli assicurati insieme. Se l'importo totale delle prestazioni supera questo limite complessivo, le prestazioni saranno pagate agli assicurati fino a tale limite, e ogni assicurato (compreso Lei) sarà risarcito in proporzione all'importo che rappresenta la sua perdita/spesa rispetto all'importo totale delle perdite/spese sostenute a causa di questo evento da tutti gli assicurati ai sensi della presente Polizza .

Definizioni

Per **infortunio o incidente** si intende un evento esterno, improvviso, di breve durata, non intenzionale, non derivante da una malattia o dal suo trattamento, un insieme di circostanze impreviste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza dell'assicurato, in cui contro la volontà dell'assicurato viene danneggiata la sua salute o muore. Gli infortuni comprendono, ad esempio, i seguenti casi: azioni illegali di terzi (compreso l'attentato terroristico), tentativo di salvataggio di persone o merci in pericolo; inalazione di gas o vapori, nonché assimilazione di sostanze velenose o aggressive; contratture e danni muscolari causati da uno spruzzo; congelamento; annegamento.

Per **accompagnatore** si intende un'altra persona assicurata che accetta di rimanere con il paziente per accompagnarlo durante il ricovero in ospedale, a condizione che l'accompagnamento sia necessario dal punto di vista medico e approvato dal servizio di assistenza.

Per **servizio di assistenza** si intende un amministratore terzo nominato dall'assicuratore per fornire servizi di gestione dei sinistri ai sensi della presente polizza.

Per **abuso di alcol o droghe** si intende qualsiasi situazione di consumo patologico di alcol o droghe che compromette la vita sociale o lavorativa, o che produce una dipendenza psicologica evidenziata da tolleranza o da sintomi fisici quando viene interrotto.

Bagaglio: Borse da viaggio, valigie, bauli e il loro contenuto, esclusi gli abiti indossati dall'assicurato. Gli oggetti di valore e gli oggetti preziosi, come definiti di seguito, sono classificati come bagagli:

a. Oggetti di valore:

Attrezzature sportive, macchine fotografiche, apparecchiature fotografiche, cinematografiche o informatiche e telefoni cellulari, apparecchiature per la registrazione o la produzione di suoni o immagini e relativi accessori.

b. Oggetti preziosi:

Gioielli, orologi, pellicce, metalli preziosi, pietre preziose e semipreziose e perle incastonate in gioielli.

Per **figlio** si intende il figlio naturale, adottato, in affido, il figliastro o altro figlio di cui l'assicurato abbia la tutela legale (sarà richiesta una prova). Il figlio deve risiedere con l'assicurato e avere un rapporto di parentela con questo. Nel caso in cui il figlio venga affidato in custodia a un altro genitore, non sarà necessario che il bambino risieda con lui.

Per **condizione cronica o malattia cronica** si intende una malattia, una conseguenza di un infortunio o una condizione medica che provoca cambiamenti patologici irreversibili e che presenta 2 o più delle seguenti caratteristiche:

- a. non se ne conosce la cura, o dopo un ciclo di trattamento si ripresenta la condizione o è probabile che si ripresenti;
- b. è permanente;
- c. richiede un monitoraggio a lungo termine, consultazioni, visite, esami o test, o l'assunzione regolare di farmaci;
- d. l'assicurato ha bisogno di essere riabilitato o formato specificamente per farvi fronte.

Per chiarezza, il termine "malattia cronica" include qualsiasi tipo di cancro o tumore.

Persona di fiducia: Persona fisica designata dall'assicurato o da uno dei suoi beneficiari, residente nel suo Paese d'origine.

Per **congenito** si intende un'anomalia fisica o una condizione presente alla nascita, ereditaria o causata dall'ambiente.

Per **spese coperte** si intende una prestazione assicurata.

Per **franchigia** si intende un importo, parte delle spese coperte, a carico dell'assicurato e da pagare prima di poter beneficiare delle prestazioni previste dalla presente polizza. Essa si applica direttamente dall'assicurato. Se il prestatore di servizi ci invia una fattura che include la franchigia, dopo il pagamento l'assicurato dovrà rimborsare alla compagnia l'importo della franchigia.

Per **medico o chirurgo** si intende una persona abilitata all'esercizio della professione medica, che agisca ai sensi delle leggi della giurisdizione in cui esercita, e che fornisca solo i servizi medici che rientrano nell'ambito del proprio titolo. Sono esclusi l'assicurato o un suo familiare o parente.

Per **farmaci/farmaci da prescrizione** si intendono: 1) i farmaci con obbligo di prescrizione; 2) i composti di farmaci di cui almeno un ingrediente è un farmaco con obbligo di prescrizione; 3) qualsiasi altro farmaco che, in base alle leggi statali applicabili, può essere dispensato solo con prescrizione scritta di un medico; e 4) l'insulina iniettabile. Sono invece esclusi i farmaci da banco come l'aspirina, le vitamine, i rimedi contro il raffreddore (per alleviare il raffreddore e l'influenza), i farmaci omeopatici e le erbe, i prodotti per migliorare lo stile di vita, cosmetici e prodotti di bellezza, le vitamine, gli additivi alimentari, i prodotti dietetici e tutti i farmaci sperimentali, anche se prescritti da un medico.

La ricetta (prescrizione) del medico per un farmaco deve contenere i seguenti dettagli:

- a. Nome e cognome del medico o nome dell'ambulatorio, indirizzo e numero di telefono;
- b. Data di prescrizione;
- c. Nome e cognome del paziente, età;
- d. Nome del farmaco o istruzioni per la sua produzione (prodotto farmaceutico finito o indicazioni per la preparazione in farmacia);
- e. Scadenza della prescrizione (indicata dal medico). Se la scadenza della prescrizione non è specificata o non è stabilita dalle normative locali applicabili, si riterrà che la prescrizione sia valida per un mese dalla data di rilascio;
- f. Firma del medico;
- g. Timbro del medico (se disponibile);
- h. Timbro della farmacia/fornitore di farmaci (se disponibile).

Per **prestazioni assicurate** si intendono le prestazioni erogate dall'assicuratore per il rimborso delle spese relative a servizi, forniture, cure o trattamenti necessari dal punto di vista medico, dovute a malattia o infortunio, prescritte o eseguite da un medico, con spese ragionevoli e personalizzate, sostenute durante il periodo di assicurazione e che non superano il massimale

Per **spese assicurate** si intendono gli oneri ragionevoli e consueti per i servizi o le forniture sostenuti dall'assicurato per il trattamento medico necessario di un infortunio o di una malattia. Le spese assicurate devono essere sostenute nel periodo di copertura dell'assicurazione.

Per **emergenza** si intende una malattia o un infortunio per il quale l'assicurato necessita cure mediche immediate presso la struttura disponibile più vicina. La condizione deve manifestarsi con sintomi acuti sufficientemente gravi (compreso un forte dolore) da lasciar pensare ad una persona media con conoscenza non specifica della salute e della medicina, che l'assenza di cure provocherà:

- a. La sua vita o la sua salute sarebbero in grave pericolo o, in caso di gravidanza, grave pericolo per la salute della donna o del feto;
- b. Le sue funzioni corporee sarebbero gravemente compromesse; oppure
- c. Grave danneggiamento di un organo o di una parte del corpo.

Per trattamento d'emergenza si intende l'assistenza sanitaria per un'emergenza medica necessaria ad alleviare immediatamente un sintomo acuto o che, secondo il parere del medico, non può essere rimandato fino al rientro dell'assicurato nel Paese d'origine.

Per **rimpatrio sanitario/trasporto medico d'emergenza** si intende: a) una condizione medica che giustifica il trasporto immediato dal luogo in cui si trova l'assicurato (a causa di strutture mediche inadeguate) alla struttura medica adeguata più vicina dove è possibile ricevere cure mediche; oppure b) dopo essere stata curata in una struttura medica locale, la condizione medica giustifica il trasporto con il personale medico qualificato nel Paese d'origine dell'assicurato per ottenere ulteriori cure mediche o per la convalescenza; oppure c) entrambi i casi di cui ai punti a) e b).

Per **familiare** si intende il coniuge, il partner o qualsiasi persona legata da un'unione civile che viva sotto lo stesso tetto, i figli, il padre, la madre, uno dei nonni, uno dei suoceri, i fratelli e le sorelle. Il loro Paese di residenza deve essere lo stesso dell'assicurato.

Attività educative o di Ricerca a tempo pieno significa che l'assicurato è iscritto e partecipa a un programma educativo, professionale, di scambio culturale o di formazione.

Per **strada** si intende ogni via, strada transitabile e luogo pubblico, compresi ponti, viadotti e altre strutture, accessibile, utilizzata o destinata a uso pubblico e autorizzata al traffico di veicoli.

Per **Paese d'origine** si intende il Paese in cui l'assicurato ha la sua reale, fissa e principale dimora (casa).

Per **ospedale** si intende una struttura autorizzata, accreditata o riconosciuta dall'ente territoriale competente che:

- a. opera come ospedale ai sensi di legge per la cura, il trattamento e la fornitura di servizi di ricovero per persone malate o ferite;
- b. è accreditato dalla Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Commissione congiunta per l'accreditamento delle organizzazioni sanitarie);
- c. fornisce un servizio di assistenza infermieristica 24 ore su 24 da parte di infermieri abilitati in servizio o su chiamata;
- d. dispone di uno o più medici abilitati sempre disponibili;
- e. fornisce strutture allestite per la diagnosi, il trattamento e l'intervento chirurgico,
- f. nei suoi locali; o
- g. nelle strutture a sua disposizione, predisposte precedentemente;
- h. non sia principalmente una struttura di accoglienza una casa di riposo, una casa di convalescenza o una struttura simile, né un reparto, un'ala o una sezione separata di un ospedale utilizzata come tale; e
- i. non è un centro per tossicodipendenti, alcolisti o anziani.

Per ospedale si intendono anche le istituzioni pubbliche che non sono tenute ad offrire strutture chirurgiche. L'ospedale non include centri, reparti speciali, piani o altre sistemazioni utilizzati per la custodia o le cure educative o il riposo della terza età, una casa di cura o un istituto che fornisce principalmente trattamenti o servizi per malattie mentali o abuso di sostanze, salvo quanto specificamente indicato.

Per **ricovero ospedaliero** si intende una degenza notturna medicalmente necessaria in un ospedale in cui vengono forniti vitto, alloggio e assistenza infermieristica generale, per la quale l'ospedale applica una tariffa diaria.

Per **Paese ospitante/estero** si intende qualsiasi Paese visitato dall'assicurato durante il periodo di copertura dell'assicurazione, diverso dal Paese in cui l'assicurato ha la sua dimora abituale, fissa e permanente e la sua residenza principale.

Per **tessera associativa** si intende la tessera rilasciata all'assicurato con le informazioni essenziali sulla sua assicurazione. La tessera è di nostra proprietà e non è trasferibile a terzi. Il possesso di tale tessera non garantisce in alcun modo che una persona sia idonea o coperta dalla presente polizza.

Per **malattia** si intende una malattia, un disturbo, un'infermità, una patologia, un'anomalia, un malanno, un'afflizione, una disabilità, una malformazione, un handicap, una deformità, un difetto congenito, una sintomatologia, una sindrome, un malessere, un'infezione, una malattia di qualsiasi tipo o qualsiasi altra condizione medica, fisica o di salute, a condizione che la malattia non includa i disturbi dell'apprendimento o i problemi attitudinali o disciplinari. Tutte le malattie che si presentano contemporaneamente o che insorgono successivamente a una malattia precedente, e che direttamente o indirettamente si riferiscono o risultano o derivano dalle stesse cause o da cause correlate o come conseguenza di esse o l'una dell'altra, sono considerate come un'unica malattia. Inoltre, se una malattia successiva risulta o deriva da cause o conseguenze identiche o correlate alle cause o conseguenze di una malattia precedente, la malattia successiva sarà considerata una continuazione della malattia precedente e non una malattia diversa. Qualsiasi complicazione o condizione derivante da una malattia per la quale l'assicurato è in cura o ha ricevuto un trattamento sarà considerata parte della malattia originaria.

Per **lesione** si intende il danno fisico che deriva direttamente da un incidente e indipendente da malattia o infermità fisica. Tutte le lesioni subite dalla stessa persona in un unico infortunio, comprese tutte le condizioni correlate e i sintomi ricorrenti delle lesioni, saranno considerate un'unica lesione.

Per **struttura convenzionata** si intende qualsiasi fornitore di assistenza sanitaria che, al momento della prestazione dei servizi coperti, ha un contratto stipulato con la compagnia in quanto "Struttura convenzionata per i Servizi" o come "Fornitore selezionato" fra le strutture designate dalla compagnia come fornitori selezionati per il piano specifico del paziente.

Per **ricovero** si intende il ricovero in ospedale con vitto e alloggio inclusi.

Per **assicurazione** si intende la copertura prevista dalla presente polizza.

Per **periodo di copertura** si intende il periodo di copertura offerto dall'assicuratore all'assicurato, che inizia dalla data di decorrenza della polizza (Data di inizio dell'assicurazione) e termina alla Data di scadenza della polizza (Data di fine dell'assicurazione).

Assicuratore/Noi/Compagnia:

Assicuratore:

KOOPERATIVA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group una società regolarmente costituita ed esistente secondo le leggi della Slovacchia, registrata presso Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, Slovakia, P.IVA: 00 585 441.

Per **unità di terapia intensiva** si intende un'unità di terapia cardiaca o un'altra unità o area di un ospedale che soddisfa gli standard richiesti dalla Joint Commission on Accreditation of Hospitals per le unità di cura speciali.

Stage in azienda significa che sono coperti gli stage aziendali nell'ambito del soggiorno all'estero. Per stage si intende qualsiasi soggiorno all'estero dell'assicurato per un periodo massimo di 18 mesi consecutivi (salvo disposizioni speciali), con l'obiettivo di:

- a. completare uno stage in un'azienda come parte di un corso retribuito o non retribuito nell'ambito di un contratto di tirocinio, a seconda delle normative locali,
- b. realizzare un viaggio studio in un'università straniera effettuato nell'ambito di un programma organizzato tra istituti di istruzione superiore.

I tirocini e i viaggi studio devono portare l'assicurato a conseguire una formazione abilitante.

Per **cl clinicamente necessario** si intende un trattamento, un farmaco, un dispositivo, un servizio, una procedura o una fornitura che sia:

- a. Richiesta, necessaria e appropriata per la diagnosi o il trattamento di una malattia o di una lesione; e
- b. Prescritta da un medico o fornita da un ospedale; e
- c. Eseguita nel contesto meno oneroso richiesto dalla condizione; e
- d. Coerente con le pratiche mediche e chirurgiche più diffuse nell'area per il trattamento della patologia al momento della prestazione;
- e. Non eccessiva in termini di portata, durata o intensità per fornire un trattamento sicuro, adeguato e appropriato.

Quando si applica specificamente al ricovero in ospedale, significa che la diagnosi o il trattamento dei sintomi o di una patologia non possono essere forniti in modo sicuro senza il pernottamento del paziente.

Nota:

- a. L'acquisto o il noleggio di condizionatori d'aria, depuratori d'aria, mezzi di trasporto a motore, scale mobili o ascensori in abitazioni private, piscine o loro forniture, e attrezzature per l'esercizio fisico in generale non sono considerati clinicamente necessari. Un servizio o una fornitura possono non essere necessari dal punto di vista medico se è possibile utilizzare un'alternativa diagnostica o terapeutica meno intensiva o più appropriata. La compagnia può considerare il costo dell'alternativa come spesa ammissibile.
- b. Il fatto che un determinato medico possa prescrivere, raccomandare o approvare un servizio, una fornitura o un tipo di cura non rende di per sé tale trattamento necessario dal punto di vista medico né fa sì che il costo sostenuto sia una spesa coperta dalla presente polizza.
- c. Un trattamento, un farmaco, un dispositivo, una procedura, una fornitura o un servizio non sono considerati necessari dal punto di vista medico se:
 1. È sperimentale/investigazione o a scopo di ricerca;
 2. Viene fornito a scopo didattico o per il confort dell'assicurato o dei suoi familiari, del medico, dell'ospedale o di qualsiasi altro fornitore di servizi;
 3. Supera per portata, durata o intensità il livello di assistenza necessario per fornire una diagnosi o un trattamento sicuro, adeguato e appropriato e quando il trattamento in corso è solo di mantenimento o è preventivo;
 4. Può essere omesso senza influire negativamente sulle condizioni della persona o sulla qualità dell'assistenza medica;

5. Implica l'uso di un dispositivo medico, di un farmaco o di una sostanza non approvati formalmente dall'autorità di regolamentazione locale del Paese ospitante o da un'autorità equivalente in altri Paesi.
6. Può essere tranquillamente fornito al paziente ad un costo inferiore da un altro professionista medico, o in base a una forma di trattamento più conservativa.

Per **cure mediche (cure)** si intende uno specifico esame fisico in ambulatorio o in ospedale, procedure e servizi e consultazioni da parte di un medico per una condizione che si è manifestata per la prima volta, è peggiorata o è diventata acuta o ha avuto sintomi che avrebbero spinto una persona ragionevole a cercare diagnosi, consultazioni, cure o trattamenti.

Per **malattia mentale e disturbo mentale e nervoso** si intende qualsiasi malattia mentale, nervosa o emotiva che generalmente denota un disturbo del sistema nervoso con sintomi comportamentali predominanti; o una malattia psichica o della personalità, evidenziata da un comportamento anormale; o una malattia o un disturbo della condotta evidenziato da un comportamento socialmente deviante. I disturbi mentali o nervosi comprendono, a titolo esemplificativo: psicosi; depressione; schizofrenia; disturbo affettivo bipolare; qualsiasi malattia o condizione, indipendentemente dal fatto che la causa sia organica, che sia classificata come disturbo mentale nell'edizione corrente della Classificazione Internazionale delle Malattie pubblicata dall'autorità locale del Paese ospitante; e le malattie mentali psichiatriche e di altro tipo elencate nell'edizione corrente del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali pubblicato dall'autorità locale di regolamentazione del Paese ospitante. Malattie mentali e disturbi mentali e nervosi non significano né includono difficoltà di apprendimento, disturbi attitudinali o problemi disciplinari.

Per **veicolo a motore** si intende qualsiasi veicolo semovente e qualsiasi veicolo in combinazione con unità di traino, utilizzato o fisicamente in grado di essere utilizzato su qualsiasi strada pubblica per il trasporto di persone o cose.

Per **incidente automobilistico** si intende la collisione involontaria di un veicolo a motore con un altro veicolo a motore, un oggetto fermo e/o una persona, con conseguenti lesioni, morte e/o perdita di beni.

Per **alpinismo** si intende lo sport, l'hobby o la professione di camminare, fare escursioni e scalare le montagne: 1) utilizzando imbracature, corde, ramponi o piccozze; oppure 2) salendo a 4500 metri ed oltre.

Per **calamità naturale** si intende un'inondazione, un uragano, un tornado, un terremoto, uno smottamento, uno tsunami, una valanga, una frana, un'eruzione vulcanica, un incendio, un incendio boschivo o una bufera di neve dovuti a cause naturali.

Per **malattia professionale** si intende una malattia o un infortunio derivante da o nel corso di un'attività lavorativa retribuita o lucrativa da parte dell'assicurato. La malattia professionale non è una malattia contagiosa derivante dal contatto con i colleghi di lavoro o un rischio a cui il lavoratore sarebbe stato ugualmente esposto al di fuori del suo impiego. Una malattia professionale non è nemmeno una normale malattia a cui le persone sono generalmente esposte, a meno che tale malattia non sia una complicazione e un incidente naturale di una malattia professionale o a meno che non vi sia un'esposizione costante e caratteristica dell'occupazione stessa che renda tale malattia un rischio inerente a tale occupazione.

Per **visita ambulatoriale** si intende l'assistenza ricevuta in un ospedale o in altra struttura di servizi medici, compreso un centro chirurgico ambulatoriale o uno studio medico, per una malattia o una lesione, senza pernottamento e senza costi di vitto e alloggio.

Quarantena personale: un periodo durante il quale l'assicurato, in base alle regole generali imposte dalle autorità competenti, deve rimanere in isolamento a causa delle sue condizioni mediche individuali o perché è in contatto diretto con una persona a cui è stata diagnosticata la COVID-19 o un'altra infezione pericolosa.

Per **polizza** si intende il presente contratto di assicurazione collettiva, la sottoscrizione dell'assicurato e le eventuali appendici, clausole aggiuntive o modifiche che verranno allegate durante il periodo di copertura.

Data di decorrenza della polizza (Data di inizio dell'assicurazione): indica la data in cui entra in vigore l'assicurazione dell'assicurato, specificata nel certificato di assicurazione, senza tener conto dei rinnovi successivi.

Data di scadenza della polizza (Data di fine assicurazione): indica la data limite dopo la quale l'assicurazione dell'assicurato non è più valida, specificata nel certificato di assicurazione.

Assicuratore: dhig GmbH, debitamente incaricata dalla compagnia assicurativa di sottoscrivere e amministrare la presente polizza nei confronti del contraente e degli altri assicurati.

Per **condizione preesistente** si intende qualsiasi condizione medica, malattia, infortunio, disturbo, patologia, malattia mentale o disturbo nervoso mentale, indipendentemente dalla causa, comprese le complicazioni o le condizioni congenite, croniche, successive o ricorrenti ad essa correlate o da essa derivanti che, con ragionevole certezza medica, esistevano al momento della sottoscrizione, indipendentemente dal fatto che si siano manifestate, avvertite, conosciute, diagnosticate, trattate o divulgate precedentemente. Ciò include specificamente, ma non si limita a, qualsiasi condizione medica, malattia, infortunio, disturbo, patologia, malattia mentale o disturbo nervoso mentale, per la quale sia stato raccomandato o ricevuto un parere medico, una diagnosi, un'assistenza o un trattamento o per la quale una persona ragionevolmente prudente avrebbe cercato un trattamento prima della data di decorrenza della polizza, e qualsiasi complicazione o recidiva medicalmente riconosciuta di una condizione medica, compresi, ma non solo, gli esami di controllo, le indagini, i farmaci, la modifica del tipo di farmaco o del suo dosaggio e, in generale, tutti gli esami medici e di laboratorio, le radiografie, ecc. relativi a tale condizione. Le condizioni preesistenti non sono coperte dalla presente polizza, ad eccezione dei trattamenti di emergenza.

Per **premio assicurativo** si intende il corrispettivo dovuto dall'assicurato all'assicuratore per ottenere le prestazioni previste dalla presente polizza.

Per **procedura** si intende una pratica, una serie di passaggi o un trattamento da seguire dopo aver ottenuto una determinata diagnosi.

Per **fornitore** si intende un ospedale, un centro chirurgico ambulatoriale, un ospedale psichiatrico, un centro di salute mentale pubblico, una struttura riabilitativa residenziale, una struttura per il trattamento psichiatrico, un centro per il parto, un medico, un dentista, un chiropratico, un infermiere abilitato, un laboratorio medico, una società di servizi di assistenza, un'impresa di ambulanze aeree e terrestri o qualsiasi altra struttura di questo tipo approvata dall'assicuratore.

Per **oneri ragionevoli e consueti si intende** l'onere più comune per servizi professionali, farmaci, procedure, dispositivi, forniture o trattamenti analoghi nell'ambito dell'area in cui l'onere è stato sostenuto. Per tariffa più comune si intende il valore minore tra:

- a. L'importo effettivo addebitato dal fornitore di servizi;
- b. La tariffa negoziata; oppure
- c. Il costo che sarebbe stato applicato dal fornitore di servizi per un servizio o una fornitura analoghi effettuati da altri fornitori di servizi nella stessa area geografica, ragionevolmente determinato dall'assicuratore per lo stesso servizio o fornitura.

Per **parente** si intende il coniuge, i genitori, il fratello, la sorella, i figli, i nonni, i nipoti, i genitori adottivi, i figliastri, i fratellastri, i suoceri, i cognati, gli zii, il tutore legale, il tutelato o i cugini dell'assicurato.

Per **servizio/i** si intendono le valutazioni, i trattamenti, le terapie, i dispositivi, le procedure, le tecniche, le attrezzature, le forniture, i prodotti, i rimedi, i vaccini, i prodotti biologici, i farmaci, i prodotti farmaceutici, i composti chimici e altri servizi resi o forniti da o su indicazione di un medico o di un fornitore di servizi autorizzato.

Per **dente naturale sano** si intende un dente integro o adeguatamente curato, privo di lesioni parodontali o di altro tipo, non più suscettibile di lesioni rispetto a un dente mai curato e che non necessita di cure previste per qualsiasi motivo diverso da una lesione accidentale. Un dente precedentemente curato con una corona, un intarsio o una protesi in porcellana o trattato terapia endodontica non è un dente naturale sano.

Per **coniuge** si intende il coniuge legittimo, se non legalmente separato o divorziato, o il convivente.

Per **abuso di sostanze** si intende l'abuso, l'uso eccessivo o la dipendenza da alcol, droghe o sostanze chimiche.

Per **massimale** si intende il limite di responsabilità dell'assicuratore nei confronti dell'assicurato.

Per **dispositivo medico** si intende quanto necessario per il trattamento di una malattia o di un infortunio.

Per **intervento chirurgico o procedura chirurgica** si intende una procedura invasiva o diagnostica, o il trattamento di una malattia o di una lesione mediante operazioni manuali o strumentali eseguite da un medico mentre il paziente è in anestesia generale o locale.

Per **terrorismo o attività terroristica** si intende un atto, o più atti, di qualsiasi persona, o gruppo/i di persone, commessi per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, con l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o di seminare il terrore tra la popolazione o una parte di popolazione. Il terrorismo può includere, ma non si limita a, l'uso effettivo della forza o della violenza e/o la minaccia di tale uso. Inoltre, i terroristi possono agire da soli, o per conto di, o in connessione con qualsiasi organizzazione o governo.

Per **terzo** si intende una persona o un'entità diversa dall'assicurato, da una o più persone a carico, dall'assicuratore, da un familiare, da un parente o da un dipendente dell'assicurato.

Per **Lei/assicurato, Suo, Sua**, si intende la persona fisica che ha stipulato la presente polizza, e che soddisfa i requisiti di ammissibilità della presente, per la quale è stato versato l'intero premio assicurativo e la cui assicurazione ai sensi della presente polizza è in vigore. Su richiesta, può essere emesso un certificato di assicurazione individuale che confermi l'iscrizione dell'assicurato.

1 Condizioni di ammissibilità

Tutti i cittadini che sono studenti, docenti in trasferta, ricercatori, au-pair, stagisti, che frequentano scuole di lingua o che partecipano a soggiorni linguistici, soggiorni in famiglia o altri programmi simili, di età pari o superiore a 6 anni, che risiedono temporaneamente al di fuori del loro Paese d'origine e che sono impegnati in attività educative o di ricerca a tempo pieno, possono beneficiare della copertura della presente polizza; tuttavia, tali persone devono rimanere impegnate in attività educative o di ricerca a tempo pieno quando viaggiano al di fuori del loro Paese d'origine durante il periodo di validità dell'assicurazione.

- 1.1 La compagnia si riserva il diritto di indagare sullo tale status e sui registri di frequenza per verificare il rispetto delle condizioni di ammissibilità. Se la compagnia scopre che i requisiti di idoneità non sono soddisfatti, l'assicurazione cessa automaticamente.
- 1.2 Per gli studenti di età inferiore ai 18 anni, il genitore o il tutore legale dello studente deve completare la documentazione con l'organizzazione promotrice come segue:
 - a. Modulo di autorizzazione dei genitori compilato e firmato dal genitore o dal tutore legale;
 - b. Libretto delle vaccinazioni;
 - c. Modulo di accordo studente-genitori compilato e firmato dallo studente e dal genitore o tutore legale;
 - d. Domanda dello studente compilata e firmata dallo studente e dal genitore o dal tutore legale;
 - e. Codice di comportamento degli studenti;

Per gli studenti di età inferiore ai 18 anni, il genitore o il tutore legale è tenuto a firmare la sottoscrizione e ad acquistare la polizza per conto dello studente.

2 Durata della copertura assicurativa

2.1 L'assicurazione ha effetto al più tardi, a partire da:

- a. La data di decorrenza della polizza; oppure
- b. La data in cui l'assicuratore riceve la domanda o il modulo di iscrizione compilato; oppure
- c. Nel momento in cui si lascia lo spazio aereo del proprio Paese,

a condizione che sia stato pagato l'intero premio dovuto; Tuttavia, la condizione "c" di cui sopra non si applica alla garanzia "Ritardo nel trasporto di oltre 24 ore" (Sezione 3 della Tabella delle garanzie).

2.2 La sua assicurazione terminerà al verificarsi del primo fra gli eventi elencati:

- a. La data in cui l'assicurato non riempie le condizioni di ammissibilità; oppure
- b. La data di ritorno dell'assicurato nel Paese d'origine (se non diversamente ed espressamente indicato nei presenti Termini e Condizioni di assicurazione); oppure
- c. 364 giorni dalla data di decorrenza della copertura; oppure
- d. La data riportata sul certificato di assicurazione individuale o sulla tessera di adesione rilasciata dall'assicurato; oppure
- e. La data in cui si diventa residenti permanenti nel Paese ospitante.

2.3 Estensione a breve termine della copertura nel Paese di domicilio

Per un periodo di vacanza non superiore a 30 giorni nel Paese d'origine e a condizione di avere un biglietto di ritorno, durante il periodo di assicurazione indicato nel certificato di assicurazione individuale, l'assicurato rimane coperto dalla presente assicurazione durante il soggiorno nel Paese d'origine. Questa estensione della copertura è concessa in base ai termini, alle limitazioni e alle esclusioni della presente polizza assicurativa e non è applicabile ai cittadini statunitensi e canadesi che studiano all'estero.

2.4 Copertura assicurativa supplementare

L'assicurato può richiedere un nuovo periodo di copertura assicurativa, previa verifica e approvazione dell'assicuratore. Quest'opzione è disponibile finché l'assicurato continua a soddisfare i requisiti di idoneità. È importante notare che le tariffe e le prestazioni possono cambiare per ogni successivo periodo di validità dell'assicurazione. Le richieste di estensione devono pervenire entro cinque (5) giorni dalla scadenza del periodo di copertura assicurativo in corso. La copertura può essere acquistata per un massimo di 366 giorni aggiuntivi alla volta. Si applicheranno le tariffe in vigore al momento della richiesta (non possono essere combinate con altre polizze per superare questo limite). Nel valutare eventuali richieste di risarcimento successive, per determinare eventuali condizioni preesistenti verrà utilizzata la data di decorrenza della polizza originale.

3 Disposizioni sui premi

3.1 Premi:

L'assicuratore fornisce l'assicurazione in cambio del pagamento di premi assicurativi che l'assicuratore stesso quota per ogni organizzazione partecipante, per ogni elenco delle prestazioni e per ogni singolo periodo di assicurazione. Le date di scadenza dei premi sono il primo di ogni mese, se non diversamente indicato nella polizza. Il pagamento anticipato dei premi o per un periodo superiore a un mese non influisce sulle disposizioni della polizza in materia di modifiche.

3.2 Periodo di tolleranza:

Per ogni premio scaduto dopo la prima data di scadenza è previsto un periodo di tolleranza di 31 giorni. La copertura rimarrà in vigore durante questo periodo a condizione che l'assicurato o l'organizzazione partecipante paghi tutti i premi dovuti entro l'ultimo giorno del periodo di tolleranza, a meno che non sia stata inviata una notifica, in conformità con la clausola di CESSAZIONE, dell'intenzione di cessare la copertura della polizza. La copertura terminerà se il premio non viene pagato entro la fine del periodo di tolleranza.

3.3 Rimborso dei premi assicurativi:

Se l'assicurato decide di annullare la polizza, può farlo entro 28 giorni dal ricevimento della stessa tramite accredito completo del premio assicurativo versato, a condizione che non abbia iniziato il viaggio e che non si sia verificato alcun sinistro ai sensi della presente polizza. Se l'organizzazione partecipante desidera annullare la polizza di un assicurato dopo questo periodo o dopo che l'assicurato ha iniziato il suo viaggio, riceverà un accredito della percentuale del premio assicurativo pagato, calcolato su base pro-rata, equivalente al periodo di copertura rimasto inutilizzato, a condizione che non siano state presentate richieste di risarcimento. Se è stata presentata una richiesta di risarcimento o se si è verificato un incidente che potrebbe portare a una richiesta di risarcimento, l'assicuratore non accrediterà alcun premio assicurativo.

4 Assicurazione e assistenza medica

4.1 Ambito di copertura

4.1.1 La compagnia pagherà le spese coperte sostenute in seguito alla malattia o all'infortunio dell'assicurato, in base ai limiti e alle franchigie indicati nella Tabella delle Garanzie e alle condizioni ed esclusioni specificate in questa polizza, purché siano soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- a. Le spese coperte sono sostenute nel quadro delle prestazioni indicate nella Tabella delle garanzie;
- b. l'infortunio che ha provocato la lesione è avvenuto durante il periodo di copertura dell'assicurazione (se la richiesta di indennizzo riguarda lesioni corporali accidentali), la malattia è stata diagnosticata per la prima volta, oppure una malattia cronica è passata improvvisamente a uno stadio acuto o ha provocato improvvisamente una complicazione durante il periodo di copertura dell'assicurazione (se la richiesta di indennizzo riguarda una malattia);
- c. al momento in cui vengono sostenute le spese coperte, l'assicurato deve essere in cura da un medico;
- d. il trattamento iniziale di un infortunio o di una malattia deve avvenire entro trenta (30) giorni dalla data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia.

Le prestazioni mediche erogabili ai sensi della presente polizza sono soggette ai limiti specifici indicati nella Tabella delle garanzie. Tutte le coperture e i costi elencati nella Tabella delle garanzie sono espressi in euro.

4.1.2 Le prestazioni elencate nel presente documento non comprenderanno in nessun caso importi superiori alle Spese ragionevoli e consuete. Se l'onere sostenuto è superiore all'onere ragionevole e consueto, tale importo in eccesso non sarà riconosciuto come spesa coperta. Tutti gli addebiti saranno considerati sostenuti alla data in cui i servizi o le forniture, che danno origine alla spesa o all'addebito, sono resi o ottenuti.

- 4.1.3 La compagnia fornirà le prestazioni descritte nella presente polizza a tutti gli assicurati per tutte le prestazioni coperte indicate nella sezione Descrizione delle prestazioni della presente polizza. Le spese mediche per il trattamento di una malattia acuta sono coperte dalla presente assicurazione fino alla guarigione dell'assicurato, a meno che non si tratti di un sintomo di una malattia cronica.

Una malattia cronica (preesistente o diagnosticata per la prima volta durante il periodo di validità della presente assicurazione) è esclusa dalla copertura assicurativa, a meno che la malattia cronica non si trasformi improvvisamente in uno stadio acuto o comporti una complicazione; in tal caso la presente assicurazione coprirà solo la terapia del dolore e gli interventi medici volti a eliminare un pericolo immediato per la vita dell'assicurato, con un limite di 25.000,00 (venticinquemila) euro, mentre le cure successive (a lungo termine) sono escluse dalla presente assicurazione. Per pericolo immediato si intende che, in assenza di un intervento medico entro le 48 ore successive, l'assicurato potrebbe morire, secondo il parere concorde del medico curante e di un medico nominato dal servizio di assistenza.

4.2 Modulo di autorizzazione preliminare

- 4.2.1 Il rimborso di alcune spese sostenute in determinate circostanze può essere richiesto solo se il trattamento o il servizio in questione sono stati preventivamente autorizzati dal servizio di assistenza. L'assicurato, il suo medico curante o il suo rappresentante legale sono sempre tenuti a ottenere l'autorizzazione previa del servizio di assistenza in una delle seguenti situazioni:
- trasporto medico o rimpatrio;
 - ricovero ospedaliero o trattamento diurno, o la sottoposizione a un intervento di Day-Surgery;
 - qualsiasi procedura medica che preveda l'anestesia generale;
 - visita preoperatoria dell'assicurato;
 - visita domiciliare da parte di un medico;
 - assistenza domiciliare (quando l'assicurato necessita di più di 4 visite infermieristiche);
 - trattamento ambulatoriale, se il suo costo supererà prevedibilmente l'equivalente di 500 euro;
 - qualsiasi condizione medica per la quale il costo del trattamento supererà prevedibilmente l'equivalente di 5000 euro;
 - trattamento relazionato con una malattia cronica o una condizione preesistente;
 - sepoltura.
- 4.2.2 L'assicurato, il suo medico o il suo rappresentante legale dovranno compilare il modulo di autorizzazione preliminare messo a disposizione dal servizio di assistenza e presentarlo almeno cinque giorni di calendario prima della data prevista dell'evento che richiede la pre-autorizzazione, ad eccezione dei casi di ricovero d'urgenza in ospedale o di visita domiciliare del medico. Il modulo di autorizzazione preliminare o documento equivalente deve contenere le seguenti informazioni:
- diagnosi;
 - descrizione del trattamento richiesto;
 - il nome e l'indirizzo dell'ospedale che il medico ha indicato all'assicurato per sottoporsi al trattamento;
 - durata prevista della degenza in ospedale;
 - costi previsti per il trattamento.
- 4.2.3 Se il requisito della pre-autorizzazione di cui sopra non è soddisfatto, il servizio di assistenza si riserva il diritto di ridurre la prestazione all'importo delle spese e degli oneri usuali, consueti e ragionevoli per le cure e l'assistenza in circostanze normali, ma non oltre il 25%. Tuttavia, se il trattamento o il servizio non pre-autorizzato non risulta necessario dal punto di vista medico, non è possibile richiedere il rimborso delle relative spese.

4.2.4 In caso di trasporto medico d'urgenza o di ricovero ospedaliero in una situazione di emergenza medica, l'obbligo di pre-autorizzazione può essere sostituito da un obbligo di post-autorizzazione. Ciò vale a dire che l'assicurato o i suoi rappresentanti autorizzati devono informare il servizio di assistenza di tale evento (per telefono, per e-mail o per posta con avviso di ricevimento) non appena possibile in determinate circostanze, ma non oltre 48 ore dal ricovero dell'assicurato in ospedale.

4.3 Rete di fornitori

4.3.1 Per essere coperti, alcuni servizi devono essere prestati da un fornitore convenzionato designato esclusivamente da noi, tranne nel caso in cui tali servizi siano servizi di pronto intervento per il trattamento di una condizione medica di emergenza. I servizi che devono essere prestati da tali fornitori convenzionati per il trattamento di determinate condizioni mediche (che sono coperte solo se all'assicurato è stato approvato il trattamento di tali condizioni mediche) sono i seguenti:

- | | |
|---|--|
| 1. Amputazioni | 8. Malattia renale allo stadio terminale |
| 2. Tumori | 9. Emofilia |
| 3. Condizioni cardiovascolari | 10. Carenze del sistema immunitario |
| 4. Condizioni cerebrovascolari (ACV, ictus) | 11. Ustioni gravi - 3° grado |
| 5. Condizioni respiratorie croniche | 12. Lesioni craniche gravi |
| 6. Coma | 13. Fratture multiple e/o traumi |
| 7. Diabete | 14. Sclerosi multipla |
| | 15. Disturbi neurologici |

Nota: questo elenco non è esaustivo ed è da intendersi solo come linea guida.

4.3.2 Se le condizioni mediche dell'assicurato corrispondono ai casi sopra elencati, si prega di contattare il servizio di assistenza tramite il numero di telefono o l'e-mail indicati sulla tessera associativa. L'utilizzo di un fornitore convenzionato non garantisce l'erogazione di prestazioni o la fatturazione diretta al servizio di assistenza da parte della struttura curante.

4.3.3 L'assicurato potrà inoltre contattare il servizio di assistenza per determinare la sede più adatta per ottenere i servizi in base a:

- la sua posizione;
- la natura della sintomatologia; e
- eventuale emergenza o urgenza delle sue esigenze.

4.4 Ulteriori condizioni applicabili alla prestazione per trattamento ospedaliero

4.4.1 Gli interventi chirurgici facoltativi che possono essere rinviati fino al rientro in patria non sono coperti da questa assicurazione.

4.4.2 Al momento del ricovero in ospedale, l'assicurato dovrà presentare la tessera assicurativa e fornire tutte le informazioni aggiuntive richieste dall'ospedale per essere ammesso.

4.4.3 Il rimborso delle spese sostenute per il ricorso al pronto soccorso di un ospedale per cure non urgenti è soggetto alla franchigia indicata nella Tabella delle garanzie.

4.4.4 Solo le spese specificatamente elencate nel seguente elenco di oneri e sostenute entro trenta (30) giorni dalla data dell'infortunio o dell'insorgere della malattia, e che non sono escluse, possono essere considerate spese coperte:

- Le spese sostenute da un ospedale per vitto e alloggio, assistenza infermieristica al piano e altri servizi, compresi gli oneri per i servizi professionali e ad eccezione dei servizi personali di natura

non medica; a condizione che tali spese non superino la tariffa media dell'ospedale per le sistemazioni in camera semi privata e il vitto.

- b. Spese relative all'uso di un'unità di terapia intensiva e di servizi infermieristici.
- c. Spese relative a diagnosi, trattamenti e interventi chirurgici effettuati da un medico. Nota: gli interventi chirurgici non prescritti dal chirurgo e non eseguiti da quest'ultimo entro dieci (10) giorni dall'infortunio o dalla diagnosi della malattia non sono considerati un'emergenza.
- d. Spese relative a una sala operatoria.
- e. Spese riguardanti il costo e la somministrazione di anestetici.
- f. Spese per farmaci, servizi radiografici, esami e servizi di laboratorio, uso di radio e isotopi radioattivi, ossigeno, sangue, trasfusioni, ventilatori polmonari e trattamenti medici.
- g. Le spese per la fisioterapia, se raccomandata da un medico per il trattamento di una specifica disabilità e somministrata da un fisioterapista abilitato (se coperta dal programma dell'assicurato).
- h. Medicazioni, farmaci e medicinali che possono essere ottenuti solo dietro prescrizione scritta di un medico o di un chirurgo.
- i. Trasporto locale d'emergenza da o verso l'ospedale più vicino o da e verso l'ospedale più vicino dotato di strutture per il trattamento richiesto. Tale trasporto deve essere effettuato con un'ambulanza terrestre autorizzata all'interno dell'area metropolitana in cui l'assicurato si trova al momento dell'utilizzo del servizio. Se l'assicurato si trova in un'area rurale, il trasporto in ambulanza aerea autorizzata fino all'area metropolitana più vicina può essere considerato una spesa ammissibile fino a concorrenza della somma assicurata.

Se è necessario un intervento chirurgico per consentire all'assicurato di svolgere le sue normali attività, ma non a causa di un'emergenza medica, il servizio di assistenza, a sua esclusiva discrezione, può offrire all'assicurato il rientro nel Paese di origine per realizzare l'intervento chirurgico e la necessaria riabilitazione (entro la data di scadenza della polizza); in tal caso, le prestazioni pagabili comprendono il costo del biglietto aereo di andata e ritorno in classe economica, che deve essere utilizzato entro tre (3) mesi dalla data della raccomandazione del chirurgo e nell'ambito del programma. La mancata accettazione dell'offerta da parte della compagnia assicurativa esonera quest'ultima dalla responsabilità di pagare le spese mediche sostenute dall'assicurato nel Paese ospitante.

- j. Nel caso in cui la degenza ospedaliera dell'assicurato sia più lunga del periodo di assicurazione previsto dalla polizza, la compagnia assicurativa coprirà le spese mediche oltre il Periodo di assicurazione originario solo se:
 - l'assicurato acquista una copertura aggiuntiva (che prolunga la durata del periodo assicurativo originario) in conformità alla presente polizza;
 - per un periodo non superiore a trenta (30) giorni; e
 - al solo scopo di coprire le cure mediche volte a scongiurare un pericolo immediato per la vita dell'assicurato e a stabilizzare le sue condizioni di salute (non è prevista alcuna copertura aggiuntiva/prolungamento del periodo di assicurazione originario per una malattia non correlata, complicazioni o una diagnosi secondaria).

Se il Periodo di assicurazione non viene prolungato, l'assicuratore ha la facoltà, a sua esclusiva discrezione, di proporre all'assicurato di tornare nel proprio Paese di origine (dove le successive cure non saranno coperte dalla presente assicurazione). La mancata proroga del Periodo di assicurazione esonera l'assicuratore dalla responsabilità di pagare le spese mediche sostenute dall'assicurato nel Paese ospitante.

4.5 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione per il trattamento di una malattia mentale

- 4.5.1 Solo le spese sostenute a seguito di un trattamento o di una terapia farmacologica a seguito dell'insorgenza di una malattia mentale in qualità di ricoverato/paziente, che sono specificamente elencate nel seguente elenco di spese e che non sono escluse, possono essere considerate come spese coperte:

- a. Spese sostenute da un ospedale o da un istituto psichiatrico per vitto e alloggio, assistenza infermieristica al piano e altri servizi, compresi gli oneri per i servizi professionali e con l'eccezione dei servizi personali di natura non medica, a condizione che le spese non superino la tariffa media dell'ospedale o dell'istituto psichiatrico per la sistemazione in camera semi privata e il vitto.
 - b. Spese relative alla diagnosi e ai trattamenti da parte di un medico.
 - c. Spese per il costo e la somministrazione di anestetici.
 - d. Spese per farmaci, radiografie, esami e servizi di laboratorio, ossigeno e trattamenti medici.
 - e. Farmaci e medicinali che possono essere ottenuti solo dietro prescrizione scritta del medico.
- 4.5.2 La malattia mentale deve manifestarsi per la prima volta durante il Periodo di assicurazione.
- 4.5.3 Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di tali prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.
- 4.6 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione di riabilitazione, fisioterapia e chiropratica**
- 4.6.1 Le prestazioni vengono corrisposte per la fisioterapia prescritta da un medico e somministrata da un fisioterapista autorizzato. I servizi di chiropratica possono essere coperti se prescritti da un medico per alleviare il dolore e accompagnati da radiografie e altre immagini necessarie per confermare la necessità medica di tali servizi. Il servizio di assistenza prevede tre (3) sedute senza un piano di trattamento. Eventuali sessioni aggiuntive oltre le tre (3) iniziali sono soggette a un piano di trattamento che ne indichi la frequenza e la durata da parte del medico.
- 4.6.2 Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di tali prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.
- 4.7 Condizioni aggiuntive applicabili alle prestazioni odontoiatriche d'emergenza (antidolorifiche)**
- 4.7.1 La presente polizza copre il costo di un trattamento d'emergenza per alleviare il dolore ai denti naturali sani o un'infezione alle gengive. Eventuali trattamenti successivi possono essere coperti fino a un importo massimo di 100 euro. Tutte le richieste di risarcimento devono includere una radiografia del dente interessato o delle gengive. Le radiografie saranno rimborsate in base al costo abituale applicato nell'area geografica in cui si trova il dentista che ha prestato le cure.
- 4.7.2 Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di queste prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.
- 4.7.3 Esclusioni specifiche per questa prestazione:
- a. L'assicurato non è coperto se si rompe un dente mangiando o mordendo un oggetto estraneo.
 - b. Non sono coperte le richieste presentate senza la radiografia obbligatoria.
 - c. Non sono coperte le visite odontoiatriche di routine, le condizioni preesistenti, comprese, ma non solo, le carie otturazioni, devitalizzazioni le apparecchiature odontoiatriche, apposizione di corone, le corone, ricostruzione e tutti gli altri trattamenti non correlati all'alleviamento del dolore.
- 4.8 Condizioni aggiuntive applicabili alle prestazioni odontoiatriche (infortuni)**
- 4.8.1 La presente polizza copre le prestazioni di un dentista o di un chirurgo orale per il trattamento d'emergenza dei denti naturali sani in seguito a un infortunio coperto (sono coperte solo le lesioni causate dal contatto esterno con un oggetto estraneo). Inoltre, saranno fornite anche le cure d'emergenza per i servizi ortodontici a seguito di un infortunio; tuttavia, se il trattamento ortodontico non viene eseguito nel Paese ospitante a causa delle condizioni dell'assicurato o della sua età entro trenta (30) giorni dalla data dell'infortunio, la presente polizza interverrà a titolo complementare rispetto a qualsiasi altro piano di prestazioni sanitarie nel Paese di origine dell'assicurato.

- 4.8.2 Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di queste prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.
- 4.8.3 Esclusioni specifiche per questa prestazione: denti rotti o scheggiati, limatura/amalgama allentata o persa mentre si mangia, si mastica e si morde non sono mai considerati un infortunio o una conseguenza di un infortunio ai sensi della presente polizza.

4.9 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione relativa alle spese ottiche

Se un occhiale (esclusi gli occhiali da sole) si rompe a causa di un infortunio, ovvero se la rottura rende impossibile l'utilizzo dell'occhiale o delle lenti a contatto, la compagnia rimborsa il costo di un nuovo occhiale entro i limiti indicati nella Tabella delle garanzie. La prestazione è subordinata alla presentazione dello scontrino originale di acquisto di un nuovo paio di occhiali (esclusi gli occhiali da sole) o di lenti a contatto.

4.10 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione "Trasporto sanitario d'emergenza".

- 4.10.1 In caso di emergenza, quando le cure mediche appropriate non sono disponibili in loco, la presente polizza prevede il trasporto d'emergenza verso la struttura convenzionata più vicina in grado di fornire le cure necessarie. Se le cure sono disponibili sul posto, ma l'assicurato sceglie di farsi curare altrove, le spese di trasporto verso un'altra struttura, anche se approvato dal servizio di assistenza, saranno a carico dell'assicurato.
- 4.10.2 In caso di emergenza, il servizio di assistenza si riserva il diritto di determinare autonomamente la struttura sanitaria presso la quale l'assicurato dovrà essere trasportato e il mezzo di trasporto (ritenuto necessario/appropriato dai medici). Se l'assicurato sceglie di non farsi curare presso il centro medico predisposto dal servizio di assistenza, l'assicurato stesso è responsabile dell'organizzazione del trasporto mentre la presente assicurazione gli rimborserà solo le spese ragionevoli e abituali.
- 4.10.3 Dopo il completamento delle cure e se l'assicurato è medicalmente in grado di viaggiare, l'assicuratore coprirà anche le spese del viaggio di ritorno, in classe economy, per il rientro nel Paese di origine.
- 4.10.4 Il rimpatrio sanitario d'emergenza sarà autorizzato solo quando l'assicurato sarà ritenuto idoneo al volo. Se questo rifiuta di essere rimpatriato quando è stato dichiarato idoneo al viaggio dal punto di vista medico, qualsiasi spesa aggiuntiva sostenuta dopo tale rifiuto sarà a suo carico.
- 4.10.5 Se l'assicurato non viene dichiarato medicalmente idoneo al viaggio entro la data di scadenza della polizza, le spese aggiuntive sostenute dopo la data di scadenza della polizza saranno a suo carico.

4.11 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione " Rientro della salma ".

- 4.11.1 In caso di decesso dovuto a infortunio o malattia accidentale, la presente polizza copre le spese per: (i) le spese di trasporto della salma o delle ceneri dell'assicurato fino al Paese di origine, compresa tutta la documentazione necessaria; oppure (ii) le spese di invio dell'urna al Paese di origine.
- 4.11.2 Questa prestazione è soggetta alle seguenti limitazioni:
- La copertura è limitata alle spese di imbalsamazione, alla cassa idonea al trasporto, alle spese di spedizione e alle autorizzazioni governative necessarie.
 - Le spese funerarie non sono coperte.
 - Al momento della richiesta di rimborso, è necessario fornire l'originale del certificato di morte e le copie dei pagamenti ai servizi di cremazione.
 - Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di queste prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.

4.12 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione "Presenza di una persona di fiducia in caso di decesso"

4.12.1 Se l'assicurato era solo e la presenza di un familiare o di una persona vicina si rivela necessaria per il riconoscimento della salma e per le formalità di rimpatrio o cremazione, la compagnia organizzerà e coprirà il suo trasporto di andata e ritorno e le spese di soggiorno nel luogo in cui si trovava l'assicurato fino ai limiti indicati nell'Elenco delle prestazioni.

4.13 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione "Visita di una persona di fiducia in caso di emergenza"

4.13.1 Organizzeremo e pagheremo il trasporto di andata e ritorno in classe economica e il costo dell'alloggio (sistemazione in hotel) per i seguenti motivi:

- a. Se la degenza ospedaliera è prevista per più di tre (3) giorni, una (1) persona scelta dall'assicurato, proveniente dal suo Paese d'origine, sarà al suo fianco durante il ricovero;
- b. Se la degenza ospedaliera è prevista per più di sette (7) giorni, due (2) persone scelte dall'assicurato, provenienti dal suo Paese d'origine, saranno al suo fianco durante il ricovero;
- c. Le spese di alloggio non possono superare i limiti indicati nella Tabella delle garanzie.

4.13.2 Il periodo di visita in caso di emergenza non può superare i 15 giorni, viaggio compreso. Eventuali spese oltre i 15 giorni saranno a carico esclusivo dell'assicurato e/o del suo accompagnatore.

4.13.3 Questa prestazione deve essere approvata e organizzata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'organizzazione di queste prestazioni comporterà il rifiuto delle stesse.

4.13.4 Gli accompagnatori devono tornare a casa entro e non oltre cinque (5) giorni dalla dimissione dall'ospedale. La data di dimissione sarà determinata dalla fattura dell'ospedale.

4.13.5 Questa copertura non è cumulabile con la prestazione "Prolungamento del soggiorno dell'accompagnatore".

4.14 Condizioni supplementari applicabili al prolungamento del soggiorno della persona assicurata

4.14.1 Se il servizio di assistenza consiglia di prolungare il soggiorno dell'assicurato nel luogo in cui si trova a causa delle sue condizioni di salute, la compagnia organizzerà e pagherà le spese di alloggio aggiuntive dell'assicurato in caso di immobilizzazione nel luogo in cui si trova.

4.14.2 L'assicurato beneficia di questa copertura anche nel caso in cui sia soggetto a un obbligo di quarantena personale nel luogo di soggiorno e, a causa di ciò, non possa rientrare nel Paese di origine. Tuttavia, nessuna prestazione verrà corrisposta nel caso in cui venga annunciata una quarantena a livello nazionale o regionale ("lockdown") a causa di un'epidemia o di una pandemia (tali circostanze sono riconosciute come un evento di forza maggiore che esonera l'assicuratore dalla sua responsabilità).

4.14.3 La nostra copertura è efficace fino alla data di rientro dell'assicurato nel Paese d'origine, ma la prestazione assicurativa sarà corrisposta fino ai limiti indicati nell'Elenco delle prestazioni.

4.14.4 Questa copertura non è cumulabile con la prestazione "Visita di una persona di fiducia in caso di emergenza".

4.15 Condizioni aggiuntive applicabili al prolungamento del soggiorno dell'accompagnatore

4.15.1 Se l'assicurato viene ricoverato in ospedale durante il soggiorno o se il servizio di assistenza raccomanda un prolungamento del soggiorno nel luogo in cui si trova a causa delle sue condizioni di salute, la compagnia organizzerà e pagherà le spese di alloggio supplementari dei membri della sua famiglia (se anch'essi assicurati) o di una persona assicurata che non è un suo familiare e che soggiorna con l'assicurato (l'accompagnatore).

4.15.2 L'accompagnatore beneficia di questa copertura anche nel caso in cui sia soggetto a un obbligo di quarantena personale nel luogo di soggiorno e, a causa di ciò, non possa rientrare nel proprio

Paese d'origine. Tuttavia, nessuna prestazione verrà corrisposta nel caso in cui venga annunciata una quarantena a livello nazionale o regionale ("lockdown") a causa di un'epidemia o di una pandemia (tali circostanze sono riconosciute come un evento di forza maggiore che esonera l'assicuratore dalla sua responsabilità).

- 4.15.3 La copertura assicurativa è valida fino al termine del ricovero, ma la prestazione assicurativa viene erogata entro i limiti indicati nell'Elenco delle prestazioni.
- 4.15.4 Questa copertura non è cumulabile con la prestazione " Visita di una persona di fiducia in caso di emergenza ".

4.16 Condizioni aggiuntive applicabili al "Ritorno a casa dopo la stabilizzazione della patologia"

- 4.16.1 Al termine del ricovero o dell'immobilizzazione presso il luogo in cui si trova l'assicurato e dopo la stabilizzazione delle sue condizioni di salute confermata dal medico, la compagnia organizza il suo rientro a casa e quello dei membri della sua famiglia, anch'essi assicurati, o di un assicurato non legato da vincoli di parentela che lo accompagna, a condizione che abbia soggiornato con lui.
- 4.16.2 La compagnia paga un nuovo biglietto di trasporto per consentire all'assicurato di tornare a casa se questo o le altre persone assicurate che hanno soggiornato con lui non possono utilizzare il biglietto inizialmente previsto.

4.17 Condizioni supplementari applicabili in caso di rimpatrio di un accompagnatore della persona assicurata

- 4.17.1 In caso di rimpatrio sanitario o di rimpatrio della salma dell'assicurato, la compagnia organizza e paga il rientro in patria dell'accompagnatore.

4.18 Condizioni aggiuntive applicabili alla voce Invio di medicinali necessari non disponibili nel Paese ospitante

- 4.18.1 Se, mentre si trova all'estero, l'assicurato non riesce a trovare i farmaci prescritti prima della partenza dal suo medico e indispensabili per il suo stato di salute, la compagnia organizzerà la ricerca di tali farmaci e si farà carico delle spese di spedizione verso il luogo di soggiorno.
- 4.18.2 Il costo dei farmaci prescritti e le spese doganali restano a carico dell'assicurato.
- 4.18.3 Anticiperemo i costi delle medicine e delle spese doganali in cambio di una garanzia depositata dall'assicurato o da una terza persona.

4.19 Condizioni aggiuntive applicabili alla voce Invio di un medico nel luogo al domicilio dell'assicurato all'estero

- 4.19.1 Se le circostanze lo richiedono, il servizio di assistenza può decidere di inviare un medico presso l'assicurato per valutare meglio cosa fare per il suo rimpatrio.

4.20 Condizioni aggiuntive applicabili alla prestazione "Rientro anticipato nel Paese d'origine".

- 4.20.1 In caso di decesso accidentale, infortunio con pericolo di vita o malattia con pericolo di vita di un familiare nel Paese d'origine dopo l'arrivo nel Paese ospitante e se non è possibile utilizzare il biglietto di ritorno originale per il Paese d'origine, la compagnia organizzerà e pagherà il trasporto in classe economica di andata e ritorno per il Paese d'origine.
- 4.20.2 Questa prestazione deve essere approvata dal servizio di assistenza. Il mancato ricorso al servizio di assistenza per l'erogazione di queste prestazioni comporta il rifiuto delle stesse.

4.21 Rimborso delle spese mediche nel Paese d'origine dopo il rimpatrio, organizzato dal nostro servizio di assistenza:

- 4.21.1 La presente copertura assicurativa si applica per un periodo massimo di 30 giorni dopo il rimpatrio dell'assicurato nel Paese d'origine, a condizione che tale rimpatrio sia stato organizzato dal nostro servizio di assistenza, che le sue cure mediche nel Paese d'origine siano proseguite e che i relativi costi non siano stati interamente coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria/dalla previdenza sociale/dal sistema sanitario nazionale del Suo Paese d'origine e da qualsiasi programma di protezione personale di cui questo si beneficia.

5 Prestazione in caso di morte e smembramento accidentale

5.1 In caso di infortunio accidentale con conseguente smembramento (perdita) specificato di seguito, la presente polizza pagherà una prestazione forfettaria determinata in percentuale della relativa somma assicurata (specificata nella Tabella delle garanzie per morte accidentale e smembramento), fatte salve le condizioni e le esclusioni specificate nella presente polizza. Se un terzo è responsabile dello smembramento dell'assicurato, l'assicuratore pagherà le prestazioni ed eserciterà tutti i suoi diritti di surrogazione.

Descrizione della perdita	Percentuale della somma assicurata
Perdita della parola e dell'udito	100%
Perdita della parola e della mano, perdita del piede o perdita della vista di un occhio	100%
Perdita dell'udito e perdita della mano, del piede o della vista di un occhio	100%
Perdita delle mani (entrambe), perdita dei piedi (entrambi), perdita della vista o una combinazione delle due cose: perdita della mano, perdita del piede o perdita della vista di un occhio	100%
Quadriplegia	100%
Paraplegia	75%
Emiplegia	50 %
Perdita di una mano, perdita di un piede o perdita della vista di un occhio (uno dei due)	50%
Uniplegia	25%
Perdita del pollice e dell'indice della stessa mano	25%

Nel caso in cui un infortunio verificatosi durante il periodo di validità della copertura assicurativa dell'assicurato abbia come conseguenza una lesione corporea tale da provocare il decesso dell'assicurato entro 24 mesi dall'infortunio, senza che quest'ultimo abbia richiesto la prestazione di smembramento/paralisi di cui sopra, la compagnia pagherà agli eredi legali 15.000 euro.

5.2 Non cumulativo

La prestazione in caso di morte e quella in caso di smembramento costituiscono un'unica copertura: la copertura Infortuni. Di conseguenza, in caso di decesso a seguito di un infortunio dopo il riconoscimento di uno smembramento a seguito dello stesso infortunio, gli indennizzi pagati o dovuti dall'assicuratore per lo smembramento vengono detratti da quelli dovuti in caso di decesso.

5.3 Copertura massimo: limite di copertura per evento

Nel caso in cui la copertura sia accettata a favore di più assicurati, vittime dello stesso evento, la responsabilità dell'assicuratore non può superare i 2.500.000 euro per tutte le prestazioni dovute in caso di morte e smembramento. Se le prestazioni calcolate in base al Paragrafo 5.21.1 in relazione al decesso e allo smembramento di tutte le persone assicurate colpite dallo stesso evento superano l'equivalente di 2.500.000 euro, tutti gli importi delle prestazioni dovute saranno ridotti della stessa percentuale, al fine di garantire che il totale di tali prestazioni non superi l'equivalente di 2.500.000 euro.

6 Assistenza in viaggio

6.1 Assistenza in caso di smarrimento o furto di documenti all'estero

6.1.1 In caso di furto o smarrimento dei propri documenti personali, forniamo all'assicurato le seguenti informazioni:

- a. Procedura per il blocco dei mezzi di pagamento e numero di telefono degli uffici per il blocco delle carte di credito in suo possesso;
- b. Denuncia di smarrimento o furto (dove fare la denuncia);
- c. Assistenza per il rinnovo (dove andare, documenti necessari, indirizzi, quanto tempo ci vuole, ecc.)

6.1.2 La compagnia può inoltre concedere all'assicurato un anticipo di contanti per consentirgli di effettuare acquisti di prima necessità entro i limiti indicati nella Tabella delle garanzie.

6.2 Rimborso dei costi di sostituzione dei documenti personali

6.2.1 I documenti d'identità, la patente di guida, i passaporti, le carte di credito o i biglietti di trasporto locale e urbano ad uso locale vengono rimborsati solo in caso di Aggressione o Furto. Le spese per la sostituzione di documenti d'identità, passaporti e patenti di guida, carte di credito o biglietti per il trasporto locale e urbano saranno rimborsate dietro presentazione della dichiarazione di furto e della denuncia presentata alle autorità locali, unitamente alla fattura pagata entro i limiti indicati nella Tabella delle garanzie.

6.3 Invio di messaggi urgenti

6.3.1 Se è fisicamente impossibile per l'assicurato inviare un messaggio urgente e se questo lo richiede, trasmetteremo qualsiasi messaggio ai suoi familiari o contatti stretti e viceversa.

6.4 Assistenza legale all'estero

6.4.1 Se l'assicurato è oggetto di un procedimento giudiziario a seguito di una violazione involontaria delle leggi locali al di fuori del Paese di residenza, avvenuta nell'ambito della sua vita privata, ossia per atti non correlati all'esercizio di un'attività commerciale, la compagnia si impegna a fornirgli le prestazioni seguenti:

6.4.2 Anticipo della cauzione

A fronte della presentazione di un deposito cauzionale o della firma di un riconoscimento del debito, la compagnia anticiperà la cauzione richiesta dalle autorità giudiziarie locali per la liberazione dell'assicurato o per consentirgli di evitare il carcere, entro i limiti indicati nella Tabella delle garanzie. L'anticipo verrà versato direttamente all'autorità giudiziaria locale o a qualsiasi organizzazione o persona da essa designata. L'assicurato è tenuto a:

- a. designare direttamente noi come destinatario dei fondi in caso di rimborso del deposito deciso dall'autorità giudiziaria e, in caso di rimborso inviato direttamente all'assicurato, restituire immediatamente a noi l'importo rimborsato;
- b. rimborsare i fondi anticipati entro trenta (30) giorni dall'esecutività della decisione del tribunale;
- c. in ogni caso, rimborsarci entro sessanta (60) giorni dalla data del pagamento.

6.4.3 Spese legali

La compagnia copre le spese legali fino ai limiti indicati nella Tabella delle garanzie.

6.5 Costi di ricerca e salvataggio

7.5.1. La compagnia rimborsa le spese di ricerca e salvataggio sostenute per trovare l'assicurato ed evacuarlo verso il centro di accoglienza più vicino, utilizzando società debitamente autorizzate e dotate dei mezzi necessari.

7.5.2. La compagnia può anticipare tali spese per conto dell'assicurato, entro i limiti indicati nella Tabella delle garanzie.

- 7.5.3. La copertura decorre dalla data di partenza del viaggio e termina automaticamente alla data di ritorno del viaggio.
- 7.5.4. Le seguenti esclusioni si applicano in aggiunta alle esclusioni generali:
- Costi di ricerca e salvataggio derivanti dalla mancata osservanza delle norme di prudenza richieste dai gestori del sito e/o dei regolamenti che disciplinano l'attività praticata dall'assicurato;
 - Spese di ricerca e salvataggio sostenute per la pratica di uno sport professionistico, la partecipazione a una spedizione o a una competizione.

6.6 Ritardi nei trasporti

- 6.6.1 La compagnia indennizza le spese di vitto e bevande sostenute al terminal o alla stazione di partenza e la sistemazione in albergo per ogni ora di ritardo per persona e per viaggio di andata, fino all'importo indicato nella Tabella delle garanzie, se la partenza del mezzo di trasporto pubblico di linea per il quale è stata effettuata la prenotazione viene ritardata di almeno 24 ore rispetto all'orario di arrivo previsto, a causa di un guasto meccanico o tecnico del mezzo di trasporto pubblico di linea sul quale è stato prenotato il viaggio.
- 6.6.2 Questa copertura si applica a condizione che le formalità di conferma del volo siano state effettuate entro i termini richiesti dal Tour Operator. In caso di disaccordo,
- per i voli di linea, si farà riferimento alla "Guida ufficiale delle compagnie aeree" per determinare gli orari dei voli e delle coincidenze.
 - per i voli charter, i biglietti ferroviari o i viaggi in nave, si farà riferimento agli orari di partenza, le coincidenze e le destinazioni indicati sul biglietto dell'assicurato.

6.7 Le seguenti esclusioni si applicano in aggiunta alle esclusioni generali:

- qualsiasi ritardo nel viaggio di ritorno;
- tutti i costi o le spese per i quali un vettore o un fornitore di servizi è tenuto a risarcire l'assicurato, o ha pagato o pagherà un risarcimento, nonché tutti gli importi pagati a titolo di risarcimento del tour operator o dal fornitore di servizi;
- qualsiasi ritardo dovuto al ritiro temporaneo o permanente di un aeromobile, stabilito:
 - dalle autorità aeroportuali,
 - dalle autorità dell'aviazione civile,
 - da un'organizzazione simile.
- qualsiasi ritardo annunciato più di 24 ore prima della data di partenza;
- qualsiasi imbarco rifiutato in seguito a overbooking;
- qualsiasi volo perso per il quale la prenotazione dell'assicurato era stata confermata, indipendentemente dal motivo;
- qualsiasi evento la cui responsabilità possa ricadere sul tour operator ai sensi dell'ordinanza n. 2017-1717;
- richieste di risarcimento qualora l'assicurato non abbia rispettato i termini contrattuali dell'agente di viaggio, del tour operator o del vettore.
- richieste di risarcimento qualora l'assicurato non abbia ottenuto un certificato scritto dai vettori (o dai loro agenti) che confermi la durata e il motivo del ritardo.
- uno sciopero o un movimento sociale o un ritardo dovuto al controllo aereo, in corso o annunciato prima della data in cui l'assicurato ha organizzato il viaggio e/o prima della data di sottoscrizione della presente polizza.
- cessazione del servizio (temporanea o meno) di un aeromobile o di una nave su raccomandazione dell'autorità aeronautica, dell'autorità portuale o di qualsiasi altro organismo simile in qualsiasi Paese.
- voli charters privati.

7 Assicurazione bagagli

7.1 Assicurazione bagagli ed effetti personali in viaggio

7.1.1 Nel caso in cui gli effetti personali dell'assicurato vengano danneggiati o perduti a causa di furto, rapina, aggressione, incidente stradale o errata gestione da parte di una compagnia di trasporto durante il viaggio da e verso il Paese ospitante, la compagnia rimborserà l'assicurato fino al limite indicato nella Sezione 4 della Tabella delle garanzie e in base alle condizioni ed esclusioni specificate in altre parti della polizza.

7.1.2 Quando il danno o la perdita del bagaglio si verifica a causa di una cattiva gestione da parte della compagnia di trasporto, l'assicuratore agisce in seconda linea. La copertura principale è fornita dall'azienda di trasporto. La richiesta di risarcimento deve essere presentata immediatamente all'azienda di trasporto. L'importo non rimborsato dalla compagnia di trasporto può essere richiesto all'assicuratore. Se la compagnia di trasporto nega la richiesta di indennizzo dell'assicurato sulla base del fatto che questo non ha presentato la richiesta di indennizzo o che la richiesta di indennizzo non è stata presentata tempestivamente, anche la compagnia di assicurazione negherà la richiesta di indennizzo dell'assicurato, essendo secondaria rispetto alla compagnia di trasporto.

7.1.3 Il rimborso previsto da questo articolo è applicabile a:

- a. La perdita o la distruzione del bagaglio o dei beni preziosi o di valore che sono stati correttamente registrati o affidati al vettore o al tour operator durante i trasporti e i trasferimenti organizzati.
- b. Furto con scasso di bagagli o oggetti preziosi o di valore da qualsiasi veicolo chiuso a chiave tra le ore 7 e le ore 21 (ora locale).
- c. In caso di furto, la copertura interviene a condizione che il bagaglio e gli oggetti preziosi o di valore siano sotto la diretta supervisione dell'assicurato, nella sua camera o in un armadietto privato.
- d. Gli oggetti preziosi sono coperti solo contro il furto e solo se trasportati personalmente dall'assicurato o se collocati in una cassaforte in camera o nella cassaforte dell'hotel.

L'importo del rimborso delle spese per gli oggetti di valore e quelli preziosi sarà pari al valore al momento dell'acquisto meno una deduzione corrispondente al deprezzamento in base all'età dell'oggetto. Tali spese sono soggette ai limiti indicati nella Tabella delle garanzie. Si rimanda comunque all'Appendice 1 per la Tabella del deprezzamento, tuttavia:

- a. Se l'articolo può essere riparato a un costo inferiore, copriremo solo i costi di riparazione.
- b. Il valore originale (al momento dell'acquisto) di un oggetto deve essere comprovato da documenti quali la ricevuta, l'estratto conto della banca o della carta di credito o il certificato di garanzia. La mancata presentazione della documentazione a supporto del valore originale renderà la richiesta di risarcimento non valida e verrà respinta.

7.1.4 I doveri dell'assicurato in caso di smarrimento, furto o danneggiamento del bagaglio sono:

- a. Se il bagaglio viene smarrito, rubato o danneggiato mentre è affidato a un vettore, a una società di trasporti, a un'autorità o a un hotel, l'assicurato deve fornire per iscritto i dettagli dell'incidente.
- b. Se il bagaglio viene perso, rubato o danneggiato mentre è affidato a una compagnia aerea, l'assicurato deve:
 - ottenere un modulo di denuncia di smarrimento del bagaglio (PIR) dalla compagnia aerea,
 - inviare la denuncia del sinistro per posta alla compagnia aerea entro i termini indicati dagli agenti di trasporto (conservarne una copia),
 - conservare tutti i biglietti di trasporto e le etichette di registrazione per richiedere un risarcimento.

- c. A sostegno della richiesta di rimborso, l'assicurato deve fornire una ricevuta originale o una prova di proprietà degli oggetti. In caso di mancato rispetto delle condizioni di cui sopra, la richiesta di risarcimento potrà essere respinta o il rimborso potrà essere ridotto.
- 7.1.5 Se tutti o alcuni degli oggetti smarriti o rubati vengono recuperati in qualsiasi momento, l'assicurato deve informare immediatamente la compagnia. Se gli articoli vengono recuperati:
 - a. prima di aver ricevuto il rimborso da parte nostra, l'assicurato deve recuperare gli articoli. La compagnia aerea sarà tenuta a rimborsare solo i danni effettivamente subiti e le spese sostenute dall'assicurato, con il nostro consenso, per recuperare gli articoli;
 - b. dopo aver ricevuto il rimborso da parte nostra, l'assicurato avrà trenta giorni di tempo dalla data del recupero per decidere se reclamare o lasciare tutti o alcuni degli oggetti recuperati. Dopo questo termine, gli oggetti diventeranno di nostra proprietà.
- 7.1.6 Se l'assicurato reclama gli articoli, il rimborso sarà rivisto in base al valore degli articoli alla data del recupero e dovrà restituire l'eventuale pagamento in eccesso ricevuto.
- 7.1.7 Se l'assicurato viene a sapere che una persona è in possesso della merce smarrita o rubata, deve informare la compagnia entro otto giorni.

7.2 Esclusioni specifiche per l'assicurazione del bagaglio smarrito, rubato o danneggiato

Le seguenti esclusioni si applicano in aggiunta alle esclusioni generali (di cui all'articolo 10):

- a. contanti, banconote, titoli e strumenti finanziari di qualsiasi tipo, biglietti, documenti, documenti commerciali, carte magnetiche, carte di credito;
- b. chiavi, ad eccezione di quelle del suo appartamento nel Paese d'origine o della casa della sua famiglia ospitante;
- c. profumi, beni deperibili, accendini, penne, sigarette, sigari, vino, alcolici e liquori e in generale tutti i prodotti alimentari;
- d. farmaci;
- e. protesi di qualsiasi tipo, protesi dentarie, occhiali e lenti a contatto e attrezzature mediche, a meno che non siano state danneggiate a seguito di un grave incidente che abbia provocato lesioni fisiche;
- f. autoradio;
- g. dipinti, opere d'arte, oggetti d'artigianato, antiquariato e strumenti musicali;
- h. CD, videogiochi e relativi accessori;
- i. furto o danni al bagaglio che si verificano nel Paese d'origine;
- j. furto senza scasso da qualsiasi proprietà residenziale che non sia chiusa, coperta e bloccata;
- k. furti di ogni genere e danni causati nei campeggi, negli hangar, sulle imbarcazioni private da diporto, nelle roulotte e nei rimorchi;
- l. il bagaglio rubato o distrutto mentre è lasciato incustodito in un luogo pubblico o in locali accessibili a più occupanti;
- m. i beni affidati a terzi o che sono sotto la responsabilità di terzi come i depositari; tuttavia, ciò non si applica ai bagagli consegnati a un vettore o affidati a un tour operator o a un hotel;
- n. oggetti dimenticati, smarriti (tranne che da un'azienda di trasporto) o scambiati;
- o. distruzione dovuta a un difetto intrinseco, all'usura anormale o naturale o a danni causati da roditori, insetti o parassiti;
- p. distruzione causata da temperatura o luce, fuoriuscita di liquidi, grassi, coloranti, sostanze corrosive, infiammabili o esplosive contenute nel bagaglio assicurato;
- q. danni da graffi, abrasioni, strappi e macchie;
- r. danni a oggetti fragili come vetrate, finestre, specchi porcellana, terracotta, statue, ceramica, cristallo, alabastro, cera, gres, marmo e altri oggetti simili, a meno che non siano causati da furto o tentativo di furto;
- s. espropriazione, embargo, confisca, cattura, distruzione o sequestro ordinati da qualsiasi autorità pubblica.

7.3 Assicurazione del bagaglio e degli effetti personali quando si viaggia o si soggiorna nella casa della famiglia ospitante

Nel caso in cui gli effetti personali dell'assicurato vengano danneggiati o persi esclusivamente a causa di furto, rapina, aggressione o incidente stradale mentre si trovano nella residenza o nella proprietà della famiglia ospitante, la compagnia pagherà fino ai limiti indicati nella Sezione 4 della Tabella delle garanzie, fatte salve le condizioni e le esclusioni specificate di seguito e in altre parti della presente polizza:

- 7.3.1 la prestazione è dovuta se l'assicurazione della famiglia ospitante per la casa o per l'automobile prevede una franchigia o se gli effetti personali non sono coperti da tale assicurazione.
- 7.3.2 Se l'assicurato è in viaggio o alloggia in un dormitorio o in un hotel del campus, saranno rimborsati solo i danni da incendio o acqua, poiché l'assicurazione primaria contro il furto è fornita dall'hotel o dal dormitorio.
- 7.3.3 In caso di rapina, l'assicurato deve denunciare immediatamente il danno alla polizia, alla compagnia di trasporto, all'hotel, ecc.
- 7.3.4 È necessario fornire una copia della denuncia al servizio di assistenza insieme alla richiesta di rimborso. Il servizio di assistenza accetta solo la denuncia ufficiale di furto/smarrimento o la denuncia della polizia. È responsabilità dell'assicurato presentare una denuncia completa alla polizia. Questo è obbligatorio per l'elaborazione della richiesta di rimborso. Nel presentare una richiesta di risarcimento per un bene, l'assicurato deve anche fornire una descrizione dettagliata del bene, con la data di acquisto e il valore. Sono necessari scontrini, fatture o altre prove di valore. I beni rubati o danneggiati saranno valutati tenendo conto del deprezzamento al momento del sinistro. Si rimanda alla tabella del deprezzamento riportata nell'Appendice 1.
- 7.3.5 Solo in caso di aggressione o furto verranno rimborsate le carte d'identità, la patente o il passaporto.
- 7.3.6 L'assicurato deve presentare la richiesta di risarcimento al servizio di assistenza entro 5 giorni dalla data in cui il bene è stato smarrito/rubato/danneggiato.
- 7.3.7 Beni esclusi da questa copertura assicurativa:
Strumenti musicali, biciclette, armi e attrezzi da caccia (anche se presi in prestito), oggetti smarriti o abbandonati, occhiali, lenti a contatto, arti/protesi artificiali, tutti i mezzi di pagamento (assegni, carte di credito, monete, valute), francobolli, manoscritti, biglietti di concerti, documenti legali/professionali, tutti i biglietti di trasporto, chiavi, telefoni cellulari, animali, veicoli a motore, imbarcazioni.
- 7.3.8 Non è prevista alcuna copertura per quanto segue:
 - a. se i gioielli vengono persi durante l'attività sportiva o se non vengono indossati.
 - b. se il furto avviene in locali non chiusi a chiave.
 - c. se i beni vengono lasciati incustoditi in una decappottabile, in una tenda o in una roulotte.
 - d. se la proprietà è visibile all'interno di un'auto.
 - e. se i beni vengono lasciati dalle 21.00 alle 7.00 in un'auto.
 - f. se l'auto non è stata scassinata.
 - g. per normale usura o a causa di influenze atmosferiche.
 - h. per i danni causati da tarme e roditori.
 - i. per danni dovuti a un imballaggio inadeguato.
 - j. per i beni confiscati da un'autorità governativa.
 - k. per lo smarrimento di carte d'identità, patente o passaporto (a meno che l'assicurato non sia vittima di un'aggressione o di un furto) o per la perdita di biglietti per il trasporto locale.
 - l. per i danni causati dai liquidi trasportati.
 - m. per i danni causati da una caduta accidentale.

- n. a causa della negligenza dell'assicurato, ivi compresi, a titolo esemplificativo, borse lasciate incustodite in aree pubbliche (ad esempio, locali ai quali hanno accesso altri soggetti oltre all'assicurato).

7.4 Bagaglio in ritardo

- 7.4.1 La compagnia indennizza, fino ai limiti indicati nella Tabella delle garanzie per tutti gli Assicurati che viaggiano insieme, i costi di sostituzione di indumenti di emergenza, medicinali e articoli da toilette se il **bagaglio** registrato viene temporaneamente smarrito durante il viaggio **di andata** e non viene consegnato entro 24 ore dall'arrivo, a condizione che sia stata ottenuta una dichiarazione scritta dalla compagnia aerea che indichi il numero di ore di ritardo del **bagaglio**.
- 7.4.2 Se la perdita è permanente, l'importo sarà dedotto dall'importo finale da pagare in applicazione della sezione Assicurazione bagaglio smarrito, danneggiato o deteriorato.
- 7.4.3 L'**assicurato** deve ottenere un certificato scritto dal vettore (ad esempio, dalla compagnia aerea) che confermi il numero di ore di ritardo del suo **bagaglio**. L'**assicurato** deve:
 - a. ottenere un modulo di denuncia di smarrimento del bagaglio (PIR) dalla compagnia aerea o dai suoi agenti,
 - b. inviare la denuncia di sinistro per posta entro il termine indicato dal vettore e conservarne una copia,
 - c. conservare tutti i biglietti di trasporto e le etichette di registrazione per richiedere il rimborso,
 - d. conservare le fatture originali degli acquisti di emergenza che si intende presentare per il rimborso.

In caso di mancato rispetto delle condizioni di cui sopra, la richiesta di risarcimento può essere respinta o il rimborso può essere ridotto.

- 7.4.4 Gli importi sono coperti solo per le spese reali, con ricevuta, che superano l'eventuale compenso pagato dal vettore.
- 7.4.5 Gli importi indicati nella Tabella delle garanzie corrispondono massimale globale per ogni ritardo, indipendentemente dal numero di assicurati che viaggiano insieme.
- 7.4.6 Le seguenti esclusioni specifiche per l'assicurazione del bagaglio in ritardo si applicano in aggiunta alle esclusioni generali (indicate all'articolo 10):
 - a. sinistri che non riguardano il viaggio di andata dell'assicurato.
 - b. richieste di risarcimento dovute a ritardo, confisca o detenzione da parte della dogana o di qualsiasi altra autorità.
 - c. richieste di risarcimento in seguito a un ritardo del bagaglio quando viene spedito come merce o con documento di trasporto.
 - d. i costi o le spese per i quali un vettore o un fornitore di servizi è tenuto a risarcire l'assicurato o ha pagato o pagherà all'assicurato un indennizzo in base a un sistema di indennizzo contrattuale o definito dai regolamenti.
 - e. il rimborso degli articoli acquistati dopo la restituzione del bagaglio.
 - f. richieste di rimborso di spese non giustificate da fatture dettagliate.
 - g. i sinistri per i quali l'assicurato non dispone di un certificato scritto del vettore (o dei suoi agenti) che attesti il numero di ore di ritardo del bagaglio e la data di restituzione dello stesso.
 - h. qualsiasi acquisto effettuato oltre 4 giorni dopo l'effettivo arrivo a destinazione.

8 Responsabilità civile e spese legali

Questa copertura si applica se l'assicurato non è coperto da un'assicurazione di responsabilità civile stipulata altrove.

8.1 Evento assicurato

La presente assicurazione è in vigore solo nel Paese ospitante. La compagnia rimborsa, fino all'importo indicato nella sezione 4 della Tabella delle garanzie, i danni che l'assicurato è tenuto a rimborsare in base alle leggi del Paese ospitante in caso di lesioni fisiche, danni materiali o perdite finanziarie causati a terzi durante la vita privata dell'assicurato o dalle persone di cui è responsabile, o da cose o animali sotto la sua custodia, così come qualsiasi danno materiale causato a un oggetto affidato dalla sua famiglia ospitante e utilizzato durante il suo soggiorno, o tramite la pratica di uno sport pericoloso elencato e indicato come coperto da questa copertura nell'Appendice 2, a condizione che l'evento che ha dato origine al danno si sia verificato durante il viaggio mentre questa assicurazione era in vigore.

8.1.1 L'obbligo dell'assicurato in caso di evento assicurato

L'assicurato è autorizzato a riconoscere o liquidare il danno solo se ha ricevuto il nostro consenso preliminare scritto (consenso dell'assicuratore o del servizio di assistenza autorizzato dall'assicuratore).

- a. L'assicurato è tenuto a denunciare ogni singolo danno alle rispettive autorità competenti (ad esempio, polizia o vigili del fuoco), se le circostanze in cui si è verificato il danno fanno sorgere il sospetto che sia stata commessa un'attività criminale. È inoltre tenuto a fornire testimonianze e dichiarazioni scritte dei testimoni (con nome, cognome, indirizzo e descrizione del caso) e a farle inserire nel rapporto ufficiale delle autorità competenti.
- b. L'assicurato è tenuto a inviarci la copia del rapporto ufficiale redatto dalle autorità competenti il più presto possibile.
- c. L'assicurato è tenuto a discutere con noi la nomina di qualsiasi servizio legale, a seguire le nostre istruzioni e a rispettare la nostra decisione di nominare un avvocato per rappresentare i suoi interessi.
- d. L'assicurato è tenuto a fornire immediatamente alla compagnia tutte le informazioni e i documenti necessari sul verificarsi dell'evento assicurato (ad esempio, un verbale della polizia, i nomi e gli indirizzi delle persone ferite o dei testimoni e le loro dichiarazioni scritte, la prova dell'ammontare del danno subito) come richiesto dalla compagnia.

8.1.2 Rimborso

- a. Nel caso in cui si verifichi un evento assicurato, la compagnia indennizzerà fino all'importo indicato nella sezione della Tabella delle garanzie.
- b. L'entità dell'indennizzo è limitata dall'entità del danno per il quale l'assicurato è responsabile nei confronti della parte lesa.
- c. L'entità del danno dovrà essere debitamente dimostrata.

8.2 Spese legali all'estero

Previo consenso della compagnia, questa rimborserà le spese legali per i procedimenti giudiziari verificatisi nel Paese di soggiorno, al fine di organizzare la difesa o il ricorso dell'assicurato, come ad esempio le spese di indagine, i costi dei verbali di polizia, i verbali dell'ufficiale giudiziario, gli onorari di periti o tecnici, gli onorari degli avvocati e le spese non imponibili. **Sono escluse le sanzioni e/o le multe inflitte all'assicurato.**

Per la difesa: le spese processuali per la difesa dell'assicurato nel caso in cui quest'ultimo venga citato da una terza persona davanti ai tribunali penali a seguito di un reato commesso contestualmente a un evento coperto dalla garanzia responsabilità civile all'estero.

Per il ricorso: le spese per le azioni legali che l'assicurato deve intraprendere per rivalersi su un terzo quando ha subito un danno, a condizione che l'evento lesivo sia coperto da altre sezioni della presente polizza assicurativa.

8.2.1 Procedura specifica per le spese legali all'estero

Se viene intentata un'azione legale contro l'assicurato, questo ci darà tutti i poteri per gestire l'azione e per esercitare qualsiasi ricorso davanti ai tribunali civili, o per unirsi alla nostra difesa e per esercitare il ricorso sugli interessi civili davanti ai tribunali penali. L'assicurato dovrà trasmetterci, su richiesta, qualsiasi citazione, mandato, atto extragiudiziale e atto processuale inviatogli o notificatogli.

Se l'assicurato non adempie a tali obblighi, la compagnia rimborserà i terzi danneggiati o i loro aventi diritto, ma si riserva il diritto di agire contro l'assicurato per recuperare le somme pagate in eccesso ai terzi a causa della mancata collaborazione dell'assicurato.

8.2.2 Liquidazione in caso di disaccordo per spese legali all'estero

In caso di disaccordo sui diritti dell'assicurato o sulle misure da adottare per risolvere la controversia, le parti possono decidere di nominare un conciliatore, di comune accordo o, in assenza di accordo, di farne nominare uno dal tribunale nella giurisdizione del domicilio della vittima. Le spese sostenute saranno a nostro carico, a meno che il tribunale non decida diversamente.

Se, contrariamente al parere della compagnia o, se del caso, del conciliatore, l'assicurato decide di avviare un'azione legale e di ottenere una soluzione più favorevole di quella proposta in precedenza dalla compagnia o dal conciliatore, la compagnia pagherà le spese del procedimento legale, ma il rimborso complessivo di tali spese, unitamente alle altre spese legali coperte, non supererà il **limite indicato nell'Elenco delle prestazioni**.

8.3 Liquidazione e riconoscimento della responsabilità

Nessun riconoscimento della responsabilità o accordo, effettuato senza la nostra preventiva approvazione, ha efficacia esecutiva nei confronti della compagnia. Allo stesso modo, l'ammissione della rilevanza di un fatto o l'adempimento di un semplice dovere di assistenza non possono essere considerati un riconoscimento di responsabilità.

8.4 Richiesta di risarcimento

L'assicurato deve presentare la richiesta di risarcimento al servizio di assistenza **entro dieci (10) giorni lavorativi** da quando è venuto a conoscenza dell'evento che ha dato origine alla richiesta.

8.5 Esclusioni specifiche per l'assicurazione di responsabilità civile e di tutela legale

Le seguenti esclusioni si applicano in aggiunta alle esclusioni generali (di cui all'articolo 8):

- a. danni causati ai familiari dell'assicurato, a persone alle sue dipendenze con o senza contratto,
- b. danni causati dall'attività professionale dell'assicurato o dalle mansioni professionali dei suoi dipendenti;
- c. danni causati ad animali o oggetti di proprietà dell'assicurato o a questo affidati o prestati;
- d. danni derivanti da furto, scomparsa o appropriazione indebita;
- e. danni derivanti da violazione della fiducia, calunnia o diffamazione;
- f. danni causati dal possesso o dall'utilizzo di mezzi di trasporto, aerei o imbarcazioni;
- g. danni derivanti dalla caccia, da tutti gli sport meccanici (motori, motocicli e più in generale qualsiasi veicolo terrestre a motore) e da tutti gli sport aerei;
- h. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: bob, arrampicata, skeleton, alpinismo, slittino agonistico;
- i. danni causati a terzi derivanti dall'organizzazione, dalla preparazione o dalla partecipazione a una competizione organizzata per conto di una federazione sportiva, previa autorizzazione amministrativa o obbligo di assicurazione legale;
- j. danni causati durante l'attività professionale o di altro genere dell'assicurato o durante la sua partecipazione a un'attività organizzata da un'istituzione o da una comunità locale;
- k. danni derivanti dalla responsabilità dell'assicurato in qualità di autore di reati commessi sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, in stato di ubriachezza o intossicazione da alcool, o derivanti dalla partecipazione a scommesse, sfide o risse;
- l. danni alle abitazioni secondarie o ai campi sportivi o da gioco di cui l'assicurato è comproprietario o affittuario per un anno;

- m. i costi di riparazione o sostituzione di tubature, valvole e apparecchi incorporati negli impianti idrici e di riscaldamento, quando sono la causa del sinistro;
- n. danni causati all'ambiente (ad esempio, contaminazione di acqua, suolo, aria, danni alla flora o alla fauna, ecc.);
- o. danni causati a cose che sono state affittate, noleggiate o date in custodia;
- p. danni causati a un'altra persona, per negligenza o meno, dall'introduzione o dalla diffusione di una malattia infettiva umana o animale, o di una malattia di origine vegetale;
- q. danni causati dalla violazione di diritti personali o di proprietà intellettuale, compresi i diritti relativi a marchi, disegni, nomi commerciali o brevetti;
- r. risarcimento del danno morale o del danno causato alla reputazione della persona giuridica.

Infine, i danni in Iran, Cuba, Corea del Nord, Siria, Venezuela, Bielorussia, Russia e Ucraina.

9 Esclusioni

Se non diversamente stabilito nel certificato di assicurazione individuale o in un altro punto del contratto di assicurazione, nessuna prestazione è dovuta in conseguenza o in relazione a quanto segue:

1. Eventuali condizioni preesistenti;
2. Infortunio o malattia acuta che non sia stata presentata al servizio di assistenza per il pagamento entro sessanta (60) giorni dal ricevimento delle cure;
3. Spese per trattamenti non necessari dal punto di vista medico;
4. Servizi forniti senza alcun costo per l'assicurato;
5. Addebiti per trattamenti che superano le spese ragionevoli e abituali;
6. Spese sostenute per interventi chirurgici o trattamenti sperimentali/investigazionali o a scopo di ricerca;

Ai fini della presente Esclusione, per Sperimentale/Investigazionale si intende un farmaco, un dispositivo o una cura medica o un trattamento che è considerato sperimentale/investigazionale se:

- a. Il farmaco o il dispositivo non può essere legalmente commercializzato senza l'approvazione dell'ente regolatore locale e l'approvazione per la commercializzazione non è stata data al momento della fornitura del farmaco o del dispositivo; oppure ha l'approvazione dell'ente regolatore locale ma non ha prove di efficacia per l'uso proposto documentate in articoli peer reviewed su riviste mediche pubblicate nel Paese ospitante.
- b. Il documento di consenso informato utilizzato con il farmaco, il dispositivo, la cura medica o il trattamento dichiara o indica che il farmaco, il dispositivo, la cura medica o il trattamento fa parte di una sperimentazione clinica, di una fase sperimentale o di una fase investigazionale o se tale documento di consenso è richiesto dalla legge.
- c. Il farmaco, il dispositivo, la cura medica o il trattamento o il documento di consenso informato del paziente utilizzato con il farmaco, il dispositivo, la cura medica o il trattamento sono stati esaminati e approvati dall'autorità di controllo della struttura curante o da un altro organismo con funzioni analoghe, o se la legge federale o statale richiede tale esame e approvazione.
- d. Prove affidabili dimostrano che il farmaco, il dispositivo o la cura medica o il trattamento sono oggetto di studi clinici in corso di Fase I o Fase II, hanno gruppi di ricerca, di studio sperimentale o di sperimentazione di studi clinici di Fase III in corso o sono oggetto di studio per determinare la dose massima tollerata, la tossicità, la sicurezza, l'efficacia o l'efficacia rispetto a un metodo standard di trattamento o diagnosi.
- e. Prove affidabili dimostrano che l'opinione prevalente tra gli esperti in merito al farmaco, al dispositivo o alla cura o al trattamento medico, è che sono necessari ulteriori studi o sperimentazioni cliniche per determinare la dose massima tollerata, la tossicità, la sicurezza, l'efficacia o l'efficacia rispetto a un metodo standard di trattamento o diagnosi.

Ai fini della presente definizione, per "prove affidabili" si intendono rapporti e articoli apparsi in pubblicazioni mediche e scientifiche autorevoli; protocollo o protocolli scritti della struttura che studia specificamente lo stesso farmaco, dispositivo o cura medica o trattamento; o il consenso informato scritto utilizzato dalla struttura curante o da un'altra struttura che studia sostanzialmente lo stesso farmaco, dispositivo o cura medica o trattamento.

Il servizio di assistenza determinerà se il farmaco, il dispositivo o la cura medica sono sperimentali/in fase di sperimentazione sulla base dei criteri di cui sopra. Sarà l'assicuratore a prendere la decisione finale se un servizio o un trattamento è sperimentale/investigazionale.

7. Servizi, forniture o trattamenti, compreso qualsiasi periodo di degenza in ospedale, che non siano stati raccomandati, approvati e certificati come medicalmente necessari e ragionevoli da un medico;
8. Suicidio, autolesionismo, autoinflizione o tentativo di suicidio quando si è in grado d'intendere e di volere o meno (può variare a seconda dello stato di residenza);
9. Guerra, terrorismo, ostilità o operazioni belliche (indipendentemente dal fatto che la guerra sia dichiarata o meno), invasione, atto di un nemico dalla nazionalità diversa dall'assicurato o del paese in cui si verifica l'atto, guerra civile, sommossa, ribellione, insurrezione, rivoluzione, rovesciamento del governo legalmente costituito, tumulti civili che assumono le proporzioni di una rivolta o che equivalgono ad essa, potere militare o usurpato, esplosione di armi da guerra, utilizzo di armi nucleari, chimiche o biologiche di distruzione di massa, in qualsiasi modo queste possano essere distribuite o combinate, omicidio o aggressione di cui sia successivamente provato, al di là di ogni ragionevole dubbio, che sono stati commessi da agenti di uno stato estraneo alla nazionalità dell'assicurato, indipendentemente dal fatto che la guerra sia stata dichiarata o meno con tale stato. Sono altresì escluse le perdite o le spese di qualsiasi natura direttamente o indirettamente derivanti da, che contribuiscano a, causate da, risultanti da o in relazione a qualsiasi azione intrapresa per controllare, prevenire o reprimere una o tutte le situazioni sopra descritte. Nel caso in cui una parte di questa esclusione sia ritenuta non valida o inapplicabile, la parte restante rimarrà in vigore a tutti gli effetti.

Ai fini della presente Esclusione:

- a. Per utilizzo di armi nucleari di distruzione di massa si intende l'uso di qualsiasi arma o dispositivo nucleare esplosivo o l'emissione, la scarica, la dispersione, il rilascio o la fuoriuscita di materiale fissile che emette un livello di radioattività in grado di causare invalidità o morte tra le persone o gli animali.
 - b. Per utilizzo di armi chimiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuoriuscita di qualsiasi composto chimico solido, liquido o gassoso che, opportunamente distribuito, sia in grado di causare invalidità o morte tra le persone o gli animali.
 - c. Per utilizzo di armi biologiche di distruzione di massa si intende l'emissione, lo scarico, la dispersione, il rilascio o la fuga di microrganismi patogeni (che producono malattie) e/o di tossine prodotte biologicamente (compresi gli organismi geneticamente modificati e le tossine sintetizzate chimicamente) in grado di provocare invalidità o morte tra le persone o gli animali.
10. Lesioni subite durante la partecipazione ad attività sportive professionistiche, compresi, a titolo esemplificativo, eventi, partite, allenamenti, riscaldamento e qualsiasi altra attività legata all'attività sportiva professionistica;
 11. Visite mediche di routine, vaccinazioni o altri esami in cui non vi siano indicazioni oggettive o deterioramento del normale stato di salute, nonché esami diagnostici di laboratorio o radiografici, comprese immunizzazioni, spese per occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, protesi e arti artificiali;
 12. Diagnosi o trattamento dell'articolazione temporo-mandibolare;
 13. Spese per terapia comportamentale e di coaching, del sonno, del linguaggio, ricreativa o musicale;

14. Servizi, forniture o trattamenti prescritti, eseguiti o forniti da un parente o da un familiare dell'assicurato o da chiunque viva con questo. Sono compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i farmaci prescritti e gli esami diagnostici;
15. Interventi chirurgici elettivi e non urgenti che possono essere rinviati fino al rientro nel Paese di origine, quando l'obiettivo del viaggio è quello di ottenere una consulenza medica, un trattamento o un intervento chirurgico;
16. Le cure e la fornitura di denti finti, protesi o apparecchi dentali, esami dell'udito e la fornitura di apparecchi acustici, impianti acustici e spese odontoiatriche, salvo quanto specificamente previsto nella prestazione Odontoiatrica;
17. Interventi chirurgici agli occhi, rifrazioni oculari, visite oculistiche, occhiali e lenti a contatto, a meno che non siano il risultato di un trattamento per le complicazioni a seguito di un infortunio coperto, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione;
18. Interventi di chirurgia estetica o plastica (compreso il setto nasale deviato), a meno che non siano il risultato di un trattamento per le complicazioni a seguito di un infortunio coperto, avvenuto durante il periodo di durata dell'assicurazione, fino al limite massimo delle prestazioni;
19. Trattamento in relazione all'abuso di alcool, droghe o sostanze chimiche, all'abuso, all'uso illegale, all'uso eccessivo, alla dipendenza o all'uso di qualsiasi droga o agente narcotico; lesioni subite sotto l'influenza di o Invalidità dovuta in tutto o in parte agli effetti di liquori inebrianti, sostanze chimiche, droghe o agenti narcotici, a meno che non siano stati somministrati sotto consiglio di un medico e che tali agenti narcotici siano stati assunti secondo il corretto dosaggio indicato dal medico, o salvo se coperti dalla presente polizza;
20. Lesioni o invalidità dovute in tutto o in parte all'effetto di bevande alcoliche o di farmaci diversi da quelli assunti secondo il corretto dosaggio indicato da un medico;
21. Qualsiasi disturbo mentale e nervoso o cura, a meno che non sia altrimenti coperto dalla presente polizza;
22. Disturbi dell'apprendimento, disturbi attitudinali o problemi disciplinari;
23. Anomalie congenite e condizioni che ne derivano;
24. Epidemia, pandemia, se non diversamente stabilito dalla Tabella delle garanzie;
25. Le spese sostenute in conseguenza o in relazione ad un Infortunio o ad una malattia intenzionalmente autoinflitti;
26. Spese mediche in conseguenza o in relazione alla commissione di un reato penale/azione illegale;
27. Gli sport e le attività che non sono espressamente menzionati nell'Appendice 2 come coperti dalla presente polizza;
28. Trasporto medico d'emergenza derivante da qualsiasi malattia o infortunio mentre si è a bordo di un'imbarcazione di lago/fiume/mare/oceano;
29. Gravidanza o malattia derivante da gravidanza, parto o aborto spontaneo; o per aborto spontaneo derivante da un infortunio o da complicazioni della gravidanza; o per cure post-parto, a meno che non sia altrimenti stabilito da questa polizza;
30. Farmaci, trattamenti o procedure che favoriscono o impediscono il concepimento o il parto, compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l'inseminazione artificiale, i trattamenti per l'infertilità o l'impotenza, la sterilizzazione o reversibilità della stessa;
31. Trattamento per i trapianti di tessuti d'organi umani e relativi trattamenti;
32. Malattie professionali, comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le malattie legate all'esposizione all'amianto e le relative complicazioni, tra cui l'asbestosi e il mesotelioma legati all'esposizione all'amianto;
33. Lesioni subite in seguito alla guida di un veicolo a motore senza essere in possesso della relativa patente nella giurisdizione in cui si è verificato l'incidente;

34. Le spese sostenute per il viaggio nel Paese ospitante, intrapreso per sottoporsi a cure mediche per una patologia;
35. Le spese coperte sostenute durante un viaggio dopo che il medico ha limitato o sconsigliato il viaggio;
36. Perdita o danno (inclusi morte o lesioni) e qualsiasi costo o spesa associati che risultino direttamente dallo scarico, dall'esplosione o dall'uso di qualsiasi dispositivo, arma o materiale che impieghi o coinvolga la fissione nucleare, la fusione nucleare, la forza radioattiva o agenti chimici, biologici, radiologici o simili, sia in tempo di pace che di guerra, e indipendentemente da chi commette l'atto e da qualsiasi altra causa o evento che vi contribuisca simultaneamente o in qualsiasi altra sequenza;
37. Qualsiasi trattamento per malattie sessualmente trasmissibili e qualsiasi condizione o malattia correlata, sia preesistente che diagnosticata durante o immediatamente dopo un periodo coperto dalla presente polizza, operazioni di cambio di sesso o per il trattamento di disfunzioni sessuali o inadeguatezza sessuale;
38. Programmi di riduzione del peso o trattamento chirurgico dell'obesità, compresi, ma non solo, l'impianto dentale e tutte le forme di bypass gastrico;
39. Spese derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), dall'Aids-Related Complex (ARC) o dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV).
40. Programmi di esercizio fisico, prescritti o meno da un medico;
41. Le cure necessarie a seguito di complicazioni o sequele di un trattamento o di una condizione non coperti dalla presente polizza;
42. Spese di viaggio, salvo quanto previsto dalle prestazioni Trasporto/rimpatrio sanitario d'emergenza, Rientro della salma o Visita d'emergenza;
43. Diagnosi o trattamenti sostenuti in seguito all'esposizione a radiazioni nucleari non mediche e/o a materiali radioattivi;
44. Diagnosi o trattamento di acne, nei, macchie cutanee, malattia delle ghiandole sebacee, seborrea, cisti sebacee, malattia non specificata delle ghiandole sebacee, condizioni ipertrofiche e atrofiche della pelle, nevo;
45. Trattamenti, servizi o forniture che non sono somministrati da o sotto la supervisione di un medico e prodotti che possono essere acquistati senza la prescrizione di un medico; e/o
46. Trattamento dell'apnea notturna o di altri disturbi del sonno;
47. Ernia di qualsiasi tipo;
48. Infortuni subiti durante la permanenza in qualità di pilota, allievo pilota, operatore o membro dell'equipaggio, all'interno o a bordo di qualsiasi tipo di aeromobile, nonché durante l'imbarco o lo sbarco da esso;
49. Gli infortuni subiti durante il viaggio come passeggero o conducente su un aeromobile (a) non dotato di un certificato di navigabilità valido e in corso di validità; e (b) non pilotato da una persona in possesso di una qualifica e in corso di validità per il pilotaggio di tale aeromobile;
50. Servizio militare, navale o aereo di qualsiasi Paese;
51. Volare con qualsiasi aeromobile utilizzato per, o in connessione con, voli acrobatici o stunt, corse o prove di resistenza;
52. Volare su qualsiasi velivolo a propulsione a razzo;
53. Volare con qualsiasi aeromobile utilizzato per, o in connessione con, spruzzare fertilizzanti o la semina o l'irrorazione delle colture, la lotta agli incendi, l'esplorazione, l'ispezione di tubature o linee elettriche, qualsiasi forma di caccia o di allevamento, la fotografia aerea, il traino di striscioni o qualsiasi scopo sperimentale;
54. Volare con qualsiasi aeromobile impegnato in un volo che richieda un permesso speciale o una deroga da parte dell'autorità competente per l'aviazione civile, anche se concessa;
55. Essere sotto l'influenza di alcolici o aver assunto droghe o narcotici, a meno che non siano stati prescritti da un medico o un chirurgo legalmente qualificato;

56. Gli infortuni causati o verificatisi mentre l'assicurato commette o tenta di commettere un reato o che hanno come causa scatenante l'esercizio di un'attività illegale;
57. Mentre si è in sella o si guida in qualsiasi tipo di competizione;
58. Aborto;
59. Perdita o danno (inclusi morte o lesioni) e qualsiasi costo o spesa associati che risultino direttamente dallo scarico, dall'esplosione o dall'uso di qualsiasi dispositivo, arma o materiale che impieghi o coinvolga la fissione nucleare, la fusione nucleare, la forza radioattiva, agenti chimici, biologici, radiologici o simili, sia in tempo di pace che di guerra, e indipendentemente da chi commette l'atto.

9.1 Limitazioni della copertura assicurativa in determinate circostanze

9.1.1 Incidenti d'auto

Questa copertura entra in vigore dopo che tutte le altre assicurazioni (ad esempio, l'assicurazione auto, qualsiasi altra assicurazione obbligatoria o privata associata ai veicoli) sono state utilizzate e non hanno coperto alcune delle spese mediche dell'assicurato.

Pertanto, qualsiasi richiesta di risarcimento deve essere presentata in primo luogo alle compagnie di assicurazione dei veicoli a motore di tutti i conducenti e dei veicoli coinvolti nell'incidente.

Per poter beneficiare della copertura dei costi non rimborsati, l'assicurato deve fornire una dichiarazione scritta della/e compagnia/e assicurativa/e interessata/e che attesti l'esaurimento di tutte le coperture previste dalla/e polizza/e.

9.1.2 Incidenti sul lavoro

In caso di infortunio sul lavoro, questa copertura è in vigore dopo l'indennizzo pagato dalla polizza assicurativa di responsabilità civile del datore di lavoro o dall'assicurazione collettiva sulla vita o medica proposta dal datore di lavoro.

9.1.3 Assicurazione e patente di guida

Con questa polizza si è coperti solo per le spese mediche quando si guida un'auto nell'ambito di un programma di formazione alla guida supervisionato da un insegnante di guida professionista.

Questa copertura per spese mediche si applica solo all'assicurato.

LA PRESENTE POLIZZA NON COPRE NÉ LA RESPONSABILITÀ CIVILE NÉ I DANNI A TERZI, AI LORO BENI O AI LORO VEICOLI.

L'assicurazione medica è valida solo se il candidato guida sotto la supervisione di un istruttore di guida professionista, nell'ambito di un programma di formazione per conducenti. L'assicurato sarà coperto anche durante l'esame ufficiale, sotto il controllo diretto dell'ispettore dello Stato.

La guida da e verso l'esame della patente di guida non è considerata parte del programma di formazione dei conducenti e pertanto non è coperta.

10 Procedure di gestione dei sinistri

- 10.1 L'assicurazione fornita dalla presente polizza è complementare rispetto a tutte le altre assicurazioni o indennità valide ed esigibili e si applica solo quando tali prestazioni sono esaurite.
- 10.2 La copertura disponibile attraverso un'altra polizza assicurativa che preveda prestazioni per spese mediche sarà sempre proritaria rispetto alla copertura offerta da questa polizza. Se non sono disponibili altre prestazioni valide ed esigibili da qualsiasi altra fonte, la presente assicurazione pagherà le spese coperte fino ai limiti della presente polizza, riservandosi il diritto di esaminare ed eventualmente surrogarsi con qualsiasi copertura non dichiarata, sia essa nota o sconosciuta all'assicurato.
- 10.3 La compagnia non è responsabile della qualità delle cure ricevute dalle strutture e dai singoli. La presente polizza non implica per l'assicurato alcun reclamo, diritto o causa di azione nei confronti della compagnia in seguito a un atto di omissione o colpa di un ospedale, fornitore, medico o altro prestatore di cure o servizi.
- 10.4 Tutte le richieste di indennizzo sono soggette a spese ragionevoli e consuete, come stabilito dal servizio di assistenza, e vengono elaborate nell'ordine in cui vengono ricevute dal servizio di assistenza. Per poter essere pagate, le richieste di rimborso devono essere presentate in una forma ammissibile dal servizio di assistenza.
- 10.5 Al momento del ricovero dell'assicurato in ospedale, quest'ultimo informerà il servizio di assistenza, che a sua volta verificherà l'idoneità e le prestazioni previste dalla presente polizza. L'ospedale può presentare una richiesta di presa in carico e sarà pagato direttamente da noi. All'assicurato verranno addebitate solo le spese non coperte dalla presente polizza. Se l'ospedale non accetta il pagamento diretto, l'assicurato è tenuto a pagare l'ospedale e a presentare una richiesta di rimborso.
- 10.6 Tutte le richieste di rimborso devono essere presentate dall'assicurato o dal suo rappresentante legale attraverso il sito web online indicato sulla carta d'identificazione dell'assicurato, entro e non oltre sessanta (60) giorni dalla data della prestazione del servizio. Le copie dei documenti a sostegno della richiesta di rimborso sono accettate a condizione che non ne venga alterata l'integrità. Tuttavia, la compagnia si riserva il diritto di richiedere i documenti originali a propria discrezione.

Se la richiesta completa non viene ricevuta entro sessanta (60) giorni, il rimborso può essere ridotto o respinto. In ogni caso, l'indennizzo non sarà ridotto o respinto se:

- a. si può dimostrare che non è stato possibile, a ragione, presentare la pratica entro il periodo di sessanta (60) giorni; e
- b. è inoltre dimostrato che la richiesta è stata inviata il prima possibile.

In caso di sinistro, si prega di consultare il sito web di AVI che si trova sul Certificato di assicurazione e sulla carta d'identificazione dell'assicurato.

Tutte le richieste di risarcimento devono essere accompagnate da quanto segue:

- a. nome del richiedente;
- b. specialità del medico;
- c. descrizione dettagliata del servizio prestato (visite in ambulatorio, interventi chirurgici, ecc.);
- d. fatture originali dettagliate con gli onorari su carta intestata del medico/ospedale. La fattura deve includere il nome completo del paziente, la data di nascita, la diagnosi (tipo di malattia), la data della visita, il tipo di trattamento, le spese del medico e una prova di pagamento accettabile (ricevuta della carta di credito);
- e. i farmaci prescritti devono riportare chiaramente il nome del paziente, il prezzo del farmaco e la quantità prescritta. È richiesta una copia della ricetta del medico;
- f. in caso di ricovero ospedaliero, l'assicurato deve allegare le note o i referti medici dell'ospedale e la nostra autorizzazione preventiva. Assicurarsi che la fattura indichi il costo della camera privata o semi privata;

- g. in caso di decesso, una copia certificata del certificato di morte.
- 10.7 Al ricevimento di una prova scritta adeguata e valida delle spese sostenute, il servizio di assistenza o AVI provvederà a:
- a. pagare le prestazioni coperte dalla presente polizza; o
 - b. notificare all'assicurato (o al richiedente per conto dell'assicurato), per iscritto i motivi del mancato pagamento della richiesta di indennizzo; oppure
 - c. comunicare all'assicurato (o al richiedente per conto dell'assicurato), per iscritto, che sono necessarie ulteriori informazioni per la revisione e/o il pagamento della richiesta di indennizzo nei termini della presente polizza.

10.8 Esame fisico e autopsia

Quando è in corso una richiesta di indennizzo o durante il pagamento delle prestazioni, la compagnia ha il diritto di far visitare da un medico di sua scelta l'assicurato, tutte le volte che sia ragionevolmente necessario. La compagnia ha inoltre il diritto di richiedere un'autopsia in caso di decesso. La compagnia pagherà il costo dell'esame o dell'autopsia.

10.9 Recupero del pagamento in eccesso

Se le prestazioni vengono pagate in eccesso o per errore, la compagnia ha il diritto di recuperare l'importo pagato in eccesso o per errore attraverso uno dei seguenti metodi:

- a. una richiesta di pagamento dell'importo pagato in eccesso o per errore; oppure
- b. riduzione dalle prestazioni pagabili ai sensi della polizza per l'importo pagato in eccesso o per errore.

10.10 Recupero delle prestazioni

La compagnia si riserva il diritto di recuperare le prestazioni pagate all'assicurato per gli infortuni coperti dalla polizza qualora sussista:

- a. assegno d'invalidità lavorativa o altro istituto giuridico previsto dalla legge; oppure
- b. qualsiasi assicurazione di responsabilità civile del datore di lavoro.

Si presume che l'assicurato riceva tali prestazioni, a meno che non fornisca la prova che tali prestazioni gli siano state negate.

10.11 Diritto di rimborso/surrogazione

Se l'assicurato recupera le spese per una malattia o un infortunio verificatisi a causa della negligenza di un terzo, la compagnia ha il diritto di ottenere il rimborso di tutte le prestazioni da essa pagate per tutti i danni pagati dal terzo negligente per le stesse spese, e incassate sia per azione legale che per transazione o compromesso, da parte dell'assicurato, dei suoi genitori (se l'assicurato è minorenne), o del suo rappresentante legale a seguito della malattia o dell'infortunio in questione. L'assicuratore ha il diritto di rivalersi sul terzo negligente o sul suo assicuratore, fino a concorrenza delle prestazioni da lui erogate per la malattia o l'infortunio in questione. L'assicurato è tenuto a fornire tutte le informazioni o l'assistenza o a fornire tutti i documenti che la compagnia può ragionevolmente richiedere per esercitare i propri diritti ai sensi della presente clausola. La presente clausola si applica a prescindere dall'ammissione o meno di responsabilità da parte del Terzo.

10.12 Azioni legali

Nessuna azione legale può essere intentata per rivalersi sulla polizza nei primi sessanta (60) giorni dalla presentazione di una richiesta di risarcimento completa. L'azione legale non può essere intentata dopo un anno a partire dalla data alla cui è stata richiesta la presentazione di una pratica di risarcimento completa.

11 Obbligo di divulgazione

11.1 L'assicurato è tenuto a rispondere con la dovuta cura e attenzione a tutte le domande che gli vengono poste al momento della stipula della polizza assicurativa, in occasione dei suoi rinnovi, ecc. L'assicurato è tenuto a comunicare alla compagnia tutte le circostanze a lui note (comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, le circostanze dichiarate nel relativo modulo di richiesta di assicurazione), che sono significative per l'assunzione del rischio assicurativo ai sensi della polizza assicurativa (vale a dire, tutte le circostanze che possono influire sulla decisione dell'assicuratore di accettare il rischio o le condizioni alle quali il rischio può essere accettato). Quando l'assicurazione prende una decisione sui termini e le condizioni in base ai quali una persona potrebbe essere assicurata ai sensi della polizza assicurativa, si basa pienamente sulle informazioni fornite dall'assicurato o dal suo rappresentante legale.

11.2 Se la compagnia stabilisce che, al momento della stipula della polizza assicurativa, del suo rinnovo, ecc. l'assicurato ha deliberatamente o incautamente fornito informazioni non veritiere e/o fuorvianti e/o incomplete, la compagnia avrà il diritto di:

- a. considerare tali assicurazioni individuali come nulle fin dall'inizio;
- b. declinare tutte le richieste di risarcimento sulla base di queste; e
- c. trattenere il premio assicurativo ricevuto; e
- d. chiedere il rimborso di tutte le prestazioni pagate dalla compagnia in base a tale polizza assicurativa;
- e. chiedere il rimborso di tutti gli altri costi e danni subiti dalla compagnia in relazione ad esse.

La compagnia informerà l'assicurato di quanto sopra per iscritto o per e-mail.

11.3 Se la compagnia stabilisce che l'assicurato ha fornito incautamente informazioni non veritiere e/o fuorvianti e/o incomplete, e se non è mai stato denunciato alcun sinistro da parte dell'assicurato, la compagnia (a sua esclusiva discrezione) avrà il diritto di:

- a. considerare tale assicurazione individuale nulla fin dall'inizio, rifiutare di pagare qualsiasi richiesta di risarcimento e restituire il premio assicurativo ricevuto; oppure
- b. proporre modifiche alle condizioni della polizza assicurativa tenendo conto delle informazioni corrette e complete disponibili.

La compagnia comunicherà all'assicurato o al suo rappresentante legale, per iscritto o via e-mail, l'applicabilità del punto (a) o (b). Se entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione della compagnia sull'applicabilità del punto (b) l'assicurato non accetta la proposta della compagnia, la polizza si estingue automaticamente in linea con il punto (a).

11.4 Se la compagnia stabilisce che (al momento della stipula della polizza assicurativa, del suo rinnovo, ecc.) l'assicurato ha fornito incautamente informazioni non veritiere o fuorvianti o incomplete, e se è stato denunciato un sinistro alla compagnia in base a tale polizza assicurativa, la compagnia proporrà (per iscritto o per e-mail) di modificare le condizioni della polizza assicurativa esistente tenendo conto di informazioni accurate e complete. Se entro 10 giorni dalla relativa comunicazione della compagnia l'assicurato non accetta la proposta dell'assicuratore, la polizza assicurativa si estingue automaticamente e l'assicuratore ha il diritto di:

- a. declinare tutte le richieste di risarcimento ai sensi di tale polizza assicurativa;
- b. trattenere il premio assicurativo ricevuto;
- c. chiedere il rimborso di tutte le prestazioni pagate dalla compagnia in base a tale polizza assicurativa;
- d. chiedere il rimborso di tutti gli altri costi/danni subiti dalla compagnia in relazione ad essi.

- 11.5 Se l'assicurato, o chiunque agisca per suo conto, presenta una richiesta di risarcimento falsa, fraudolenta o intenzionalmente esagerata, o se l'assicurato o chiunque agisca per suo conto ha utilizzato mezzi/strumenti fraudolenti per ottenere una prestazione ai sensi della polizza di assicurazione (ad esempio, una perdita causata in modo fraudolento o esagerata e/o supportata da una dichiarazione fraudolenta o da altri strumenti), l'assicuratore:
- non sarà tenuta a pagare tale richiesta di risarcimento; e
 - qualsiasi importo pagato dalla compagnia in relazione a tale richiesta di risarcimento diventerà immediatamente esigibile e dovuta alla compagnia; e
 - può, mediante comunicazione all'assicurato, considerare la polizza assicurativa come risolta con effetto dal momento dell'atto fraudolento.

Se l'assicuratore esercita il diritto di cui al punto (c):

- non sarà responsabile nei confronti dell'assicurato per un evento rilevante verificatosi dopo il momento dell'atto fraudolento. Per evento rilevante si intende ciò che dà origine alla responsabilità dell'assicuratore ai sensi della polizza assicurativa (ad esempio il verificarsi di una perdita, la presentazione di una richiesta di risarcimento o la notifica di una potenziale richiesta di risarcimento); e
- non è tenuto a restituire alcuna parte del premio assicurativo versato.

12 Informativa sulla privacy

- 12.1 Ai fini della stipula, dell'attuazione e del rinnovo della polizza, l'assicuratore e la compagnia avranno bisogno dei dati personali delle persone da assicurare, degli assicurati e dei familiari a carico. I dati personali richiesti saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario. Se la persona da assicurare/persona assicurata/persona a carico non desidera fornirli alla compagnia, quest'ultima non potrà provvedere alla stipula e all'attuazione della richiesta di polizza (ad esempio, la personalizzazione delle offerte, la preparazione del testo della polizza, la gestione dei sinistri, ecc.).

Il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Informativa sarà soggetto al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). Pertanto, tutte le definizioni e i termini utilizzati nella presente informativa in relazione al trattamento dei dati personali devono essere interpretati in relazione a tale Regolamento generale sulla protezione dei dati.

- 12.2 I seguenti dati personali degli interessati saranno trattati in base all'Informativa:
- nome e cognome;
 - età/data/luogo di nascita;
 - genere;
 - indirizzo e altri dati di contatto (Paese di residenza, dati relativi alla pianificazione del trasferimento dal Paese di residenza, provincia di residenza, indirizzo e-mail, numeri di telefono);
 - dati di identificazione - numero del documento di identificazione (ad esempio, numero del passaporto), documento di identificazione;
 - dati relativi alla previdenza sociale (compreso il numero dell'iscrizione alla previdenza sociale e altri dati correlati);
 - l'appartenenza a un'organizzazione (ad esempio, quando l'assicurato prevede d'includere i suoi membri nella polizza);
 - dati relativi ai viaggi;
 - indirizzi IP quando si visita la pagina web dell'assicuratore/della compagnia senza disabilitare i cookie;
 - nazionalità, cittadinanza;

- k. stato civile;
- l. dati relativi all'impiego - dati relativi all'occupazione/professione (attuale e precedente), data di inizio e fine del rapporto di lavoro, ferie, gravidanza, nonché altri periodi di lavoro e assenza dal lavoro;
- m. firma, foto;
- n. risultati di controlli penali relativi alla prevenzione di frodi e/o attività terroristiche - se obbligatori e richiesti dalle leggi vigenti;
- o. persone a carico/coniuge/partner/dettagli della famiglia;
- p. dati bancari e relativi dati finanziari/fiscali (incluse copie di carte bancarie, carte di credito/debito e dettagli del conto bancario);
- q. dati personali relativi alla salute, all'anamnesi medica e alle condizioni mediche, come ad esempio dati su trattamenti medici, beni e servizi forniti agli interessati; dati risultanti da referti medici o da certificati di morte; anamnesi medica e di sinistri; dettagli sulla salute fisica e psicologica o sulle condizioni mediche; ecc.;
- r. altri dati personali che possono essere condivisi dall'assicurato/titolare della polizza.

I dati personali da trattare ai sensi della polizza saranno ottenuti direttamente dagli interessati o indirettamente da terzi (familiari e rappresentanti, compagnia assicurativa, intermediari assicurativi, medici, fornitori, istituzioni statali e altri terzi autorizzati a divulgare tali dati personali).

- 12.3 Le informazioni complete sulle modalità di trattamento dei dati personali sono contenute nell'Informativa sulla privacy, che può essere consultata cliccando sui termini e le condizioni del sito www.dhig.net.
- 12.4 Il titolare del trattamento dei dati personali delle persone da assicurare, delle persone assicurate e dei familiari a carico è l'assicuratore. I dati di contatto dell'assicuratore sono indicati nella polizza.
- 12.5 Il contraente è il responsabile del trattamento dei dati personali ed è nominato dalla compagnia. Questa ha il diritto di incaricare altri responsabili del trattamento dei dati personali per le finalità di cui al paragrafo 11.8 del presente regolamento.
- 12.6 Per le finalità di cui al paragrafo 11.8 del Regolamento, i dati personali possono essere comunicati a riassicuratori, coassicuratori, consulenti medici, servizio di assistenza, altri fornitori, consulenti tecnici, fornitori di servizi di amministrazione assicurativa, avvocati, revisori dei conti, consulenti finanziari e fiscali, banche e investigatori di frodi, nonché alle autorità statali di vigilanza.
- 12.7 Il contatto del responsabile della protezione dei dati: dpo@dhig.net.
- 12.8 I dati personali sono raccolti dal contraente o per suo conto e possono essere utilizzati dal contraente e/o da persone da esso incaricate (quando agiscono secondo le istruzioni del contraente) ai fini dell'esecuzione e dell'amministrazione della polizza (compresi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la sottoscrizione e la gestione dei sinistri), l'amministrazione dei recuperi dei crediti, l'intermediazione assicurativa, la ricerca o a fini statistici, la prevenzione delle frodi, l'adempimento degli obblighi di legge e l'organizzazione della redistribuzione del rischio assicurativo (per l'organizzazione della riassicurazione e/o della coassicurazione).
- 12.9 I motivi legali per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'informativa possono essere i seguenti:
 - a. il trattamento è necessario per l'esecuzione della polizza. Ciò include attività quali la sottoscrizione, la fornitura al contraente di offerte/rinnovi/ informazioni sui costi, la valutazione della domanda di assicurazione individuale o del questionario sanitario compilato dall'assicurato/dipendenti/persone da assicurare, la gestione e l'amministrazione della polizza, la gestione dei sinistri e la fornitura di altri servizi agli assicurati e ai dipendenti;

- b. consenso dell'interessato/consenso esplicito dell'interessato. Si farà affidamento su questo (ad esempio) per le attività di trattamento dei dati personali relative al trattamento dei dati personali relativi alla salute;
- c. l'elaborazione è necessaria per l'adempimento di obblighi legali, che saranno invocati (ad esempio) quando l'assicuratore ha l'obbligo legale o regolamentare di utilizzare tali informazioni personali;
- d. il trattamento è necessario per tutelare interessi vitali dell'interessato o di un'altra persona fisica;
- e. l'elaborazione è necessaria ai fini dei legittimi interessi. Si farà affidamento su (ad esempio): (a) quando l'assicuratore ha un'adeguata necessità commerciale di trattare i dati personali e tale necessità commerciale non causa danni all'assicurato/dipendente. L'Assicuratore farà affidamento su questo per attività quali la tenuta dei propri registri aziendali, lo sviluppo, il miglioramento dei propri prodotti assicurativi e dei relativi servizi, e la fornitura di informazioni sui propri prodotti e servizi all'assicurato e alle persone assicurate; oppure (b) quando l'assicuratore/il contraente ha bisogno di utilizzare tali dati personali per stabilire, esercitare o difendere i diritti legali dell'assicuratore/il contraente. L'Assicuratore/il contraente non si avvarrà del proprio legittimo interesse a trattare i dati personali dell'interessato quando gli interessi, i diritti e le libertà dell'interessato hanno la priorità.

12.10 I dati personali possono essere trattati sia all'interno che all'esterno dello Spazio Economico Europeo (SEE) dalle parti specificate nel paragrafo 11.6 di cui sopra, sempre nel rispetto delle restrizioni contrattuali in materia di riservatezza e sicurezza in linea con le leggi e i regolamenti applicabili in materia di protezione dei dati. In caso di trasferimento di dati personali al di fuori del SEE, saranno garantite le opportune garanzie per tale trasferimento (ad esempio, clausole standard di protezione dei dati approvate dalla Commissione Europea) come richiesto dalle leggi applicabili. I dati personali non saranno divulgati a soggetti non autorizzati al loro trattamento. Il contraente non utilizzerà i dati personali né li trasmetterà ad altri soggetti ai fini della commercializzazione di ulteriori prodotti o servizi senza l'esplicito consenso dell'interessato.

- 12.11 Ove consentito dalla legge o dai regolamenti applicabili, l'interessato ha i seguenti diritti:
- a. di accedere ai propri dati personali per conoscere l'origine dei dati, le finalità e gli scopi del trattamento, gli estremi del/i titolare/i del trattamento, del/i responsabile/i del trattamento e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati;
 - b. di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato qualora i suoi dati personali siano trattati sulla base di tale consenso;
 - c. di aggiornare o correggere i propri dati personali in modo che siano sempre accurati;
 - d. di cancellare i propri dati personali dagli archivi qualora non siano più necessari per le finalità sopra indicate, fatti salvi i requisiti normativi di conservazione dei dati personali;
 - e. limitare il trattamento dei propri dati personali in determinate circostanze, ad esempio nel caso in cui l'interessato abbia contestato l'esattezza dei propri dati personali, per il periodo necessario a verificarne l'esattezza;
 - f. di ottenere i suoi dati personali in formato elettronico;
 - g. esercitare il diritto alla portabilità dei dati;
 - h. di presentare istanza all'autorità competente per la privacy dei dati.

L'interessato può esercitare i propri diritti contattando il contraente all'indirizzo data@dhig.net, fornendo il proprio nome, il numero di polizza, la compagnia, l'indirizzo e-mail e lo scopo della richiesta. Laddove consentito dalla legge o dai regolamenti applicabili, l'interessato ha il diritto di opporsi al trattamento e di richiedere l'interruzione del trattamento dei propri dati personali ai sensi della polizza. In tali circostanze, il trattamento dei dati personali sarà interrotto, a meno che non sia consentito dalle leggi e dai regolamenti applicabili.

- 12.12 I dati personali raccolti ai sensi della polizza saranno conservati per un periodo di tempo pari alla durata del relativo periodo di polizza (compresi gli eventuali rinnovi) e per i successivi 10 anni dalla data di scadenza della polizza, salvo i casi in cui sia richiesto un periodo di conservazione più lungo per eventuali controversie, richieste delle autorità competenti o ai sensi delle leggi applicabili. Una volta terminato il periodo di conservazione, i dati saranno cancellati o resi anonimi.
- 12.13 Al fine di prevenire o individuare frodi e riciclaggio di denaro, la compagnia può verificare i dati personali con agenzie di prevenzione delle frodi e siti web sanzionatori, che possono registrare una ricerca. Possono essere effettuate ricerche anche nei database di altri assicuratori. In caso di sospetto di frode, le informazioni saranno condivise con tali assicuratori. Altri utenti delle agenzie di prevenzione delle frodi possono utilizzare queste informazioni nei loro processi decisionali.
- 12.14 La compagnia può anche effettuare controlli sulle referenze creditizie in determinate circostanze. Ulteriori dettagli sono disponibili nella nostra Informativa sulla privacy completa che spiega come possono essere utilizzate le informazioni in possesso delle agenzie di prevenzione delle frodi.

La compagnia può utilizzare strumenti automatizzati con potere decisionale per valutare la domanda di assicurazione o il questionario sanitario individuale e per la gestione dei sinistri. Se l'assicurato si oppone a una decisione automatizzata, la compagnia potrebbe non essere in grado di offrire il preventivo relativo all'assicurazione.

13 Reclami

- 13.1 Se l'assicurato ha domande o reclami (compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, i reclami relativi al servizio di assistenza o ai fornitori incaricati dalla compagnia), può innanzitutto chiamare il numero verde indicato in polizza. Se la domanda/il reclamo non viene risolto in modo soddisfacente, l'assicurato ha il diritto di contattare la compagnia all'indirizzo e-mail complaints@dhig.net.

La compagnia gestirà il reclamo nel più breve tempo possibile e fornirà una risposta alla persona che ha presentato il reclamo entro un periodo di tempo ragionevole dal momento in cui lo ha ricevuto, ma non oltre 60 giorni di calendario.

14 Disposizioni finali

14.1 Informazioni riservate

In conformità al presente regolamento, le seguenti informazioni sono considerate riservate:

- l'importo del premio assicurativo pagato ai sensi della polizza assicurativa e delle condizioni speciali di assicurazione, se eventualmente concordate tra le parti della polizza assicurativa;
- i dati personali trattati ai sensi della polizza assicurativa;
- altri dati riconosciuti come riservati ai sensi delle leggi vigenti e/o del buon senso/prassi commerciale comune.

Fatte salve le eccezioni previste dalla polizza assicurativa, il contraente, l'assicurato e i suoi familiari devono adottare misure sufficienti per evitare la divulgazione di informazioni riservate a terzi non autorizzati.

14.2 Legge applicabile

La legge specifica applicabile in relazione alla polizza assicurativa, nonché la giurisdizione legale (tribunali) per la risoluzione delle controversie, sarà quella austriaca.

14.3 Corrispondenza

La corrispondenza scritta tra la compagnia e l'assicurato deve essere inviata per e-mail o per posta. Il mittente è tenuto a sostenere le spese di spedizione della propria corrispondenza.

14.4 Lingua della corrispondenza

La compagnia, l'assicurato e le persone assicurate comunicheranno in lingua inglese, salvo diversa indicazione espressa nella polizza assicurativa.

14.5 Modifiche alla normativa fiscale

La compagnia non è responsabile delle conseguenze di eventuali modifiche della legislazione fiscale applicabile all'assicurato.

14.6 Circostanze al di fuori di ogni ragionevole controllo

La compagnia e l'assicuratore non sono responsabili di eventuali mancanze o ritardi nell'adempimento dei loro obblighi ai sensi della polizza assicurativa, causati da o derivanti da circostanze al di fuori del loro controllo, vale a dire circostanze di forza maggiore, che includono (ma non si limitano a: eventi imprevedibili, imprevisti o inevitabili (quali condizioni atmosferiche estremamente severe, inondazioni, terremoti, tempeste, fulmini, incendi, cedimenti, epidemie, pandemie, atti di terrorismo, scoppi di ostilità militari (indipendentemente dal fatto che la guerra sia dichiarata o meno), sommosse, esplosioni, scioperi o altre agitazioni sindacali, disordini civili, sabotaggio, disorganizzazione delle autorità governative o finanziarie, guasti alle reti di telecomunicazione o ai sistemi di trasferimento di denaro e qualsiasi altro atto o evento al di fuori del ragionevole controllo del contraente).

Per chiarezza, l'assicurato e la compagnia sono esonerati dagli obblighi previsti dalla polizza assicurativa qualora l'esecuzione di tali obblighi diventi impossibile a causa di sanzioni internazionali.

14.7 Conformità alle sanzioni

Nessun (ri)assicuratore sarà ritenuto in grado di fornire una copertura e nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a pagare una richiesta di risarcimento o a fornire una prestazione ai sensi del presente documento nella misura in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale richiesta di risarcimento o la fornitura di tale prestazione esporrebbe tale (ri)assicuratore a una sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, delle leggi o dei regolamenti della Repubblica di Bulgaria, della Repubblica Slovacca, dell'Unione Europea, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America (a condizione che ciò non violi alcun regolamento o legge nazionale specifica applicabile al sottoscritto (ri)assicuratore).

Appendice 1. Tabella del deprezzamento

Età dell'oggetto	Oggetti preziosi		Oggetti di valore		
	Gioielli/metalli preziosi/pietre preziose e semipreziose/perle	Orologi/pellicce	Macchina fotografica/apparecchiatura fotografica/computer/telefoni cellulari/apparecchiatura di registrazione o produzione di suoni o immagini e accessori	Effetti personali (ad esempio, abbigliamento, accessori o qualsiasi altro oggetto personale)	Attrezzature sportive
Fino a 12 mesi	0%	0%	0%	0%	0%
1 anno	0%	20%	30%	30%	20%
2 anni	0%	30%	40%	40%	30%
3 anni	0%	40%	50%	50%	40%
4 anni	0%	50%	60%	60%	50%
5 anni	0%	60%	70%	70%	60%
6 anni	0%	70%	80%	80%	70%
7 anni	0%	80%	90%	90%	80%
8 anni	0%	90%	100%	100%	90%
9 e più anni	0%	100%	100%	100%	100%

Appendice 2. Sport e altre attività per il tempo libero

(La responsabilità dell'assicuratore è limitata a 100.000 per persona/anno)

L'assicurazione copre gli **sport e le attività del tempo libero**, vale a dire quelle attività che sono finalizzate al relax o al divertimento, che non richiedono un allenamento particolare e che non aumentano il rischio di infortunio o di morte. L'assicurazione copre anche la partecipazione agli **sport proposti dalle scuole superiori, dalle chiese e dai campionati ricreativi**, a condizione che l'assicurato sia uno studente, sia iscritto a tempo pieno e partecipi a questi sport nell'ambito di un'attività scolastica. Pertanto, i seguenti sport e attività sono coperti dalla presente assicurazione:

<ul style="list-style-type: none"> • Aerobica, jazzercise, ballo, yoga
<ul style="list-style-type: none"> • Football americano
<ul style="list-style-type: none"> • Veicoli anfibi
<ul style="list-style-type: none"> • Barefoot (corsa a piedi nudi)
<ul style="list-style-type: none"> • Baseball, pallacanestro
<ul style="list-style-type: none"> • Bowling
<ul style="list-style-type: none"> • Calisthenics
<ul style="list-style-type: none"> • Cheerleading
<ul style="list-style-type: none"> • Ciclismo di fondo
<ul style="list-style-type: none"> • Ciclismo, ciclocross, ciclismo in discesa, mountain bike, mountainboard
<ul style="list-style-type: none"> • Immersione (fino a 5 metri di profondità senza diploma PADI o equivalente o fino a 30 metri con diploma PADI o equivalente)
<ul style="list-style-type: none"> • Scherma
<ul style="list-style-type: none"> • Hockey su prato
<ul style="list-style-type: none"> • Frisbee
<ul style="list-style-type: none"> • Golf
<ul style="list-style-type: none"> • Ginnastica
<ul style="list-style-type: none"> • Escursioni/trekking al di sotto dei 3500 metri di altitudine
<ul style="list-style-type: none"> • Equitazione (solo su sentiero, no salto, gara, dressage o corsa)
<ul style="list-style-type: none"> • Hockey su ghiaccio
<ul style="list-style-type: none"> • Jogging/corsa
<ul style="list-style-type: none"> • Kickball
<ul style="list-style-type: none"> • Lacrosse (copertura solo dello sport scolastico)
<ul style="list-style-type: none"> • Giostra nautica
<ul style="list-style-type: none"> • Navigazione oceanica, navigazione solitaria a oltre 20 miglia dalla costa
<ul style="list-style-type: none"> • Pattinaggio a rotelle, pattinaggio in linea
<ul style="list-style-type: none"> • Canottaggio
<ul style="list-style-type: none"> • Vela, kayak in mare/canoa

<ul style="list-style-type: none"> • Softball
<ul style="list-style-type: none"> • Slitta, sci sulla neve (solo su piste battute e segnalate, non sono coperti i salti, le acrobazie, le giravolte, gli half-pipes, le gobbe, le corse o lo sci al di fuori dei confini designati, vedi le esclusioni aggiuntive sotto), snow Boarding, sandboarding
<ul style="list-style-type: none"> • Calcio
<ul style="list-style-type: none"> • Squash
<ul style="list-style-type: none"> • Surf, nuoto e wakeboard
<ul style="list-style-type: none"> • Tennis
<ul style="list-style-type: none"> • Touch rugby
<ul style="list-style-type: none"> • Atletica leggera
<ul style="list-style-type: none"> • Pallavolo
<ul style="list-style-type: none"> • Pallanuoto
<ul style="list-style-type: none"> • Rafting e canoa in acque bianche fino al livello di classe 3 incluso
<ul style="list-style-type: none"> • Lotta, arti marziali

La presente assicurazione non copre gli sport professionistici, gli sport e le attività pericolose o estreme, ossia quelle attività che richiedono un grado di conoscenza o di allenamento più elevato e che comportano un rischio maggiore di lesioni o di morte. I seguenti sono esempi di tali sport, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

<ul style="list-style-type: none"> • Bungee Jumping, base jumping (con o senza paracadute), parkour
<ul style="list-style-type: none"> • Guida di un carrello da golf
<ul style="list-style-type: none"> • Guida di un veicolo a motore
<ul style="list-style-type: none"> • Immersione a profondità superiori a 5 metri senza diploma PADI o equivalente o a profondità superiori a 30 metri con diploma PADI o equivalente, volo entro 24 ore dall'attività subacquea
<ul style="list-style-type: none"> • Sci estremo/snowboard estremo (niente salti, acrobazie, giravolte, half-pipe, gobbe, gare, o sci al di fuori di qualsiasi confine designato, sci stile libero)
<ul style="list-style-type: none"> • Volare come Pilota al comando, allievo pilota o volo sportivo (può volare solo come passeggero in un aeromobile con licenza completa per il trasporto di passeggeri)
<ul style="list-style-type: none"> • Escursioni/trekking sopra i 3500 metri di altitudine
<ul style="list-style-type: none"> • Caccia, tiro con l'arco, balestra, uso di qualsiasi tipo di arma da fuoco (qualsiasi dispositivo che scarica un proiettile di qualsiasi tipo)
<ul style="list-style-type: none"> • Alpinismo che richiede un'attrezzatura da scalata specializzata o che supera i 3500 metri di altitudine, discesa in corda doppia
<ul style="list-style-type: none"> • Motociclette, motoslitte, ciclomotori, scooter, quad o qualsiasi veicolo motorizzato a due o tre ruote, moto d'acqua, jet ski o altre moto d'acqua sportive o dispositivi a motore, indipendentemente dal fatto che il veicolo sia in movimento o meno, sport motoristici, gare o competizioni motoristiche, motocross.
<ul style="list-style-type: none"> • Parapendio, paracadutismo, deltaplano, parasailing, snow kite, sci kite
<ul style="list-style-type: none"> • Rafting/canoa in acque bianche (oltre il livello di classe 3)

Si considerano esclusi gli altri sport non elencati in una delle tabelle precedenti, indipendentemente dal fatto che siano praticati o meno in un contesto amatoriale/di svago/scolastico.