



Assicurazione multirischi viaggi

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Edizione 10/2020

Le presenti Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario devono essere consegnate al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il DIP e il DIP AGGIUNTIVO.

Prodotto in convenzione sviluppato per AMI Assistance

Redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazione Consumatori – Associazione Intermediari per Contratti semplici e chiari del 6 febbraio 2018

Gruppo assicurativo Bene

Bene Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964
Capitale sociale 21.000.000 euro i.v.

www.bene.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016
Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180
Società soggetta all'attività di direzione e di
coordinamento da parte di Bene Holding S.p.A. -
Appartenente al Gruppo assicurativo Bene
numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

INDICE DEL PRODOTTO AMITOUR

GLOSSARIO	pag. 1 di 2
CONDIZIONI DI POLIZZA	
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	pag. 1 di 23
CAPITOLO 1 – ASSISTENZA	pag. 6 di 23
• <i>Oggetto dell'assicurazione</i>	<i>pag. 6 di 23</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 6 di 23</i>
• <i>Prestazioni</i>	<i>pag. 6 di 23</i>
CAPITOLO 2 – BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI	pag. 13 di 23
• <i>Oggetto dell'assicurazione</i>	<i>pag. 13 di 23</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 13 di 23</i>
• <i>Limitazioni</i>	<i>pag. 14 di 23</i>
CAPITOLO 3 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DI EMERGENZA	pag. 15 di 23
• <i>Oggetto dell'assicurazione</i>	<i>pag. 15 di 23</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 15 di 23</i>
CAPITOLO 4 – INFORTUNI	pag. 16 di 23
• <i>Oggetto dell'assicurazione</i>	<i>pag. 16 di 23</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 16 di 23</i>
• <i>Garanzie</i>	<i>pag. 16 di 23</i>
CAPITOLO 5 – FERMO PER QUARANTENA O PER LOCKDOWN	pag. 17 di 23
• <i>Oggetto dell'assicurazione</i>	<i>pag. 17 di 23</i>
• <i>Esclusioni</i>	<i>pag. 17 di 23</i>
CAPITOLO 6 – NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	pag. 18 di 23
• <i>Riferimenti utili</i>	<i>pag. 18 di 23</i>
• <i>Obblighi dell'Assicurato</i>	<i>pag. 18 di 23</i>
TABELLA DELLE GARANZIE	pag. 22 di 23
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI	pag. 1 di 4

GLOSSARIO

Assicurato: Ogni persona fisica residente e/o domiciliata in Italia - se straniero, munito di regolare permesso di soggiorno in Italia - che abbia acquistato un pacchetto turistico (o un servizio turistico) organizzato o intermediato dal Contraente. L'Assicurato è identificato nel Modulo di Adesione, nel Certificato di Assicurazione e nella Conferma di Prenotazione del Pacchetto turistico o del Servizio Turistico (rilasciata dal Contraente). L'Assicurato è detto anche "Care Giver".

Assicurazione: Il presente contratto di assicurazione.

Assistito: il familiare dell'Assicurato (con grado di parentela 1° o 2°) che sia in stato di parziale autosufficienza/non autosufficienza prima dell'inizio del viaggio dell'Assicurato e purché non sia in viaggio con quest'ultimo.

Bagaglio: Valigie, bauli, bagaglio dell'Assicurato e relativo contenuto, purché si tratti di capi di vestiario ed effetti personali portati con sé dall'Assicurato nel corso del soggiorno coperto dalla garanzia ovvero di oggetti acquistati durante il Soggiorno stesso.

Beneficiario: Per tutte le garanzie, il beneficiario è l'Assicurato stesso, salvo pattuizione contraria. In caso di morte da infortunio, i beneficiari del capitale sono gli eredi.

Centrale Operativa di Assistenza: La struttura costituita da tecnici ed operatori, facente capo alla Società International Care Company S.p.A., in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza.

Certificato di Assicurazione: Il Certificato di Assicurazione, consegnato all'assicurato da parte del Contraente, sul quale sono indicate le garanzie previste per l'Assicurato, costituisce prova dell'assicurazione.

Compagno di viaggio: La persona iscritta contemporaneamente allo stesso viaggio dell'Assicurato e il cui nominativo è inserito nella stessa pratica dell'Assicurato. All'interno di un gruppo di tre o più persone non familiari la definizione di "compagno di viaggio" si applica ad una sola persona.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza (Giorni di): Prescrizione medica che inibisce l'Assicurato a tornare alle sue normali attività lavorative.

Danno materiale: Qualsiasi alterazione, deterioramento, perdita e/o distruzione di un bene o di una sostanza, inclusa qualunque lesione fisica subita da animali.

Europa: tutti i Paesi d'Europa e del Bacino Mediterraneo, con esclusione di Federazione Russa e Crimea (regione dell'Ucraina).

Evento: il verificarsi del fatto dannoso che crea il sinistro.

Familiare: coniuge o convivente more uxorio, genitore, suocero/suocera, fratelli, sorelle, figli/e, generi, nuore, cognati, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, matrigna e patrigno, nonché quant'altri conviventi stabilmente con l'assicurato, purché la convivenza risulti da regolare certificazione.

Franchigia/Scoperto: La parte di danno, espressa in misura fissa o percentuale, che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato. La franchigia/scoperto può essere espressa anche in termini di ore, giorni o percentuale. In tale caso la garanzia in questione è operante dallo scadere del termine fissato oppure in eccesso alla percentuale stabilita.

Guerra: Guerra, dichiarata o non dichiarata, o attività belliche, incluso l'impiego di forza militare da parte di qualsiasi Stato sovrano per fini economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali, religiosi o di altro tipo.

Incendio: l'autocombustione con sviluppo di fiamma.

Incidente: l'evento, subito dal veicolo, dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, così come definita dalla legge, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali.

Impresa di Assicurazione/Società: Bene Assicurazioni S.p.A. con sede in Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI) Sito internet: <http://www.bene.it> .

Infortunio: Qualsiasi evento che sia dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: Atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Invalidità Permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Italia: Il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino, la Città del Vaticano.

Malattia: Qualsiasi alterazione dello stato di salute diversa da un infortunio, clinicamente ed obiettivamente constatata durante la vigenza del contratto da un'autorità medica abilitata.

Malattia Preesistente: Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

Massimale/Somma Assicurata: La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia, per

ciascun anno assicurativo, e per persona, qualunque sia il numero dei sinistri e delle persone colpite.

Modulo di Adesione: Modulo sottoscritto dall'Assicurato per aderire alla copertura assicurativa, nel quale l'Assicurato deve indicare le garanzie richieste ed i propri dati personali; tale modulo può anche essere integrato all'interno di Contratti di acquisto di pacchetti turistici o di servizi turistici, purché sia facilmente identificabile dall'Assicurato. Il Modulo di Adesione è obbligatorio solo se il costo della copertura assicurativa sostenuto dall'Assicurato (sia direttamente che indirettamente) sia superiore a € 100,00 (euro cento); se inferiore a tale soglia non è previsto il modulo di adesione.

Mondo: Tutti i Paesi del Mondo, ad esclusione di Sudan, Corea del Nord, Siria e Crimea (regione dell'Ucraina).

Oggetti di valore: Apparecchiature fotocineottiche, audio, video ed elettriche di qualunque tipo (compresi CD, DVD, audio e videocassette), telescopi e cannocchiali, oggetti di antiquariato, gioielli, orologi, pellicce, articoli di pelletteria, pelli animali, pietre preziose e articoli contenenti o realizzati con oro, argento o metalli preziosi.

Premio: L'importo dovuto dal Contraente alla Società.

Residenza/ Domicilio: Il luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero ospedaliero: Il ricevimento di cure presso una struttura ospedaliera, laddove sia necessario un soggiorno minimo di 24 (ventiquattro) ore consecutive.

Sinistro: Il verificarsi di un evento previsto nel contratto.

Sport invernali: Sci, sci su rotelle, monosci, sci di fondo, sci fuori pista (soltanto in presenza di una guida ufficiale), snowboard, skyboard, motoslitta, slitta, slittino o pattinaggio su ghiaccio.

Stato di parziale autosufficienza/non autosufficienza: Viene riconosciuto in stato di parziale autosufficienza/non autosufficienza l'assistito che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno due dei quattro dei seguenti atti:

spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi sulla base delle seguenti definizioni:

- Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;
- Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;
- Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;
- Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

Struttura Ospedaliera/Istituto di cura: L'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38.

Terzi: Qualsiasi persona fisica o giuridica ad esclusione dei:

- a) familiari;
- b) dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

Trasporto pubblico: Utilizzo di treni, autobus, tram, pullman o traghetti (che operino ad orari fissi e regolari) per recarsi nel luogo di soggiorno per cui è stata effettuata la prenotazione.

Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private.

Viaggio/Locazione: La vacanza, il viaggio o il singolo servizio prenotato presso il contraente e per il quale è prestata la presente copertura. La durata massima del singolo viaggio assicurato non potrà essere superiore a 60 (sessanta) giorni. Qualora l'Assicurato, nel corso di validità della presente Polizza, estenda il soggiorno per un periodo di tempo ininterrotto superiore a quanto stabilito al precedente capoverso, tutte le prestazioni conseguenti a sinistri verificatisi successivamente a tali scadenze non sono dovute. Per i viaggi di sola andata, la copertura cessa al momento dell'arrivo presso la destinazione. In ogni caso il Viaggio deve avere come destinazione una località al di fuori del comune di residenza o domicilio dell'Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI DI POLIZZA

Art. 1 - Dichiarazioni e comunicazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Art. 2 - Decorrenza della garanzia – Durata e disdetta polizza

la polizza collettiva decorre dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della polizza oppure alla data del pagamento del premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla data di scadenza indicata sul simple di polizza. La durata della polizza per il Contraente è di 1 anno ed in mancanza di disdetta da parte del Contraente mediante comunicazione spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un altro anno e così – di volta in volta - per gli anni successivi al secondo. Se la Polizza è stata stipulata per un periodo inferiore ad un anno o è stata prevista la non rinnovabilità, la stessa cessa alla scadenza prevista in Polizza senza alcun obbligo di disdetta. In ogni caso se nella Polizza è indicato “NO” alla casella “Tacito rinnovo” quanto sopra previsto non opera e l'Assicurazione si intende cessata alle ore 24.00 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

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

Art. 3 - Altre assicurazioni

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

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

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

Art. 4 - Forma delle comunicazioni

salvo quanto indicato nella sezione Sinistri, le comunicazioni alle quali il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti nel corso della Polizza, devono essere fatte con lettera raccomandata alla Direzione della Società oppure all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza.

Art. 5 - Modifiche dell'assicurazione

le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere richieste con una comunicazione scritta – da effettuarsi anche per il tramite dell'Intermediario - e risultare da un apposito documento firmato dal Contraente e dalla Società.

Art. 6 – Determinazione del premio - Aggravamento del rischio

il premio è determinato in base ai dati indicati sul Modulo di adesione (o sul contratto di acquisto del Servizio Turistico o del Pacchetto Turistico, qualora non sia previsto il Modulo di adesione) con riferimento alla durata del viaggio/soggiorno, alla destinazione, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati. Il Contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 7 - Diminuzione del rischio

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

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

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

Art. 9 - Oneri fiscali

gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente/Assicurato.

Art. 10 - Foro competente

il Foro competente è quello determinabile ai sensi e per l'effetto delle norme in materia previste dal Codice di Procedura Civile.

Art. 11 - Rinvio alle norme di legge

per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di diritto italiano applicabili al Contratto.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui

gli obblighi che derivano dal Contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato, ai sensi dell'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 13 - Mediazione obbligatoria

l'art. 5 comma 1 *bis* del D. Lgs. 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, indica quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria in materia di contratti assicurativi il ricorso alla mediazione. Il procedimento deve essere incardinato con apposita domanda da depositare presso un Organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia. Il Contraente o l'Assicurato potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale della Società mediante missiva spedita a mezzo raccomandata a.r. o mediante P.E.C. all'indirizzo beneassicurazioni@legalmail.it .

Art. 14 - Massimali assicurati

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

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati, l'esborso massimo per la Società non potrà superare € 300.000,00 (euro trecentomila), con il massimo comunque di:

- € 50.000,00 (euro cinquantamila) per le garanzie del Capitolo 2 – Bagaglio ed effetti personali;
- € 150.000,00 (euro centocinquantamila) per le garanzie del Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza;
- € 150.000,00 (euro centocinquantamila) per le garanzie del Capitolo 4 – Infortuni;
- € 60.000,00 (euro sessantamila) per le garanzie del Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown.

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

Art. 15 - Surrogazione o rivalsa nei confronti dei responsabili del sinistro

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili, fatta eccezione per la garanzia "Rimborso Spese Mediche".

Art. 16 - Franchigie/Scoperti

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

Art. 17 - Condizioni relative allo stato di salute

la polizza contiene alcune clausole contrattuali che subordinano la copertura assicurata (o l'esclusione) allo stato di salute dell'Assicurato e/o di altre persone che non necessariamente viaggiano con l'Assicurato ma dalla cui salute dipende il viaggio di quest'ultimo. In particolare, è stabilito e convenuto che la copertura non è prestata per problemi medici che l'Assicurato o tali altre persone presentavano prima della decorrenza della garanzia. In proposito si rinvia anche all'Art. 19 – Esclusioni valide per tutte le sezioni di polizza.

Art. 18 - Pratica di attività sportive

Sono sempre incluse in copertura le attività sportive, ad eccezione di quelle esplicitamente escluse e indicate al successivo Art. 19 – Esclusioni valide per tutte le sezioni di polizza, a condizione che:

- non siano configurabili come gare/tornei/allenamenti/prove svolte a livello professionistico e/o sotto l'egida di federazioni;

- vengano effettuate sotto la guida di istruttori esperti e qualificati, all'interno delle linee guida previste e con l'utilizzo di tutte le attrezzature di sicurezza eventualmente raccomandate.

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

Art. 19 – Esclusioni valide per tutte le sezioni di polizza

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

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

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

- **immersioni con autorespiratore fino a 30 (trenta) metri (in presenza della prescritta abilitazione o con l'assistenza di un istruttore qualificato), sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing.**

Sono inoltre escluse dalla copertura assicurativa le richieste di operatività delle garanzie derivanti o traenti origine da:

- a) **qualsiasi condizione medica (relativa a malattia o infortunio) cronica o preesistente che si sia manifestata e/o sia stata contratta prima della data di emissione della polizza. Si intendono comprese in garanzia le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche che si siano manifestate successivamente all'iscrizione del viaggio e/o all'emissione della polizza;**
- b) **un viaggio intrapreso:**
 - (i) **contro il parere medico e/o, in ogni caso, con patologie in fase acuta;**
 - (ii) **allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;**
 - (iii) **se l'Assicurato è in lista di attesa per il ricovero in ospedale o se attende di ricevere l'esito di esami o accertamenti clinici;**
 - (iv) **se l'Assicurato ha ricevuto una prognosi terminale;**
- c) **patologie della gravidanza oltre le 24 (ventiquattro) settimane, interruzione volontaria della gravidanza, fecondazione assistita e loro complicazioni;**
- d) **espianto e/o trapianto di organi;**
- e) **uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;**
- f) **stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo o scioperi;**
- g) **perdita o danneggiamento di qualsiasi bene, salvo il caso di smarrimento o danneggiamento a carico del Vettore;**
- h) **perdita, spesa o passività derivante da:**
 - (i) **radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva derivante da qualsiasi combustibile nucleare o da qualsiasi scoria nucleare derivante da combustione nucleare;**
 - (ii) **radioattività, tossicità, esplosività o qualsiasi altra proprietà rischiosa di qualsiasi attrezzatura nucleare esplosiva o relativo componente;**
- i) **perdita, distruzione o danno direttamente causati da onde di pressione derivanti da qualsiasi aeromobile o altro oggetto volante che viaggi ad una velocità pari o superiore a quella del suono;**
- j) **un sinistro occorso mentre l'Assicurato si trova in, sta salendo su o sta uscendo da qualsiasi aeromobile, tranne che in qualità di passeggero pagante di un aeromobile munito di regolare licenza di trasporto passeggeri;**

- k) **attività di lavoro manuale;**
- l) **viaggi in zone remote, raggiungibili solo con mezzi di soccorso speciale;**
- m) **qualunque altro danno connesso all'evento denunciato e non coperto dalla presente assicurazione;**
- n) **sopraggiunta insolvenza del tour operator, della compagnia aerea o di qualunque altra società, ditta o persona ovvero dal fatto che qualsiasi dei suddetti soggetti non sia in grado o si rifiuti di onorare uno qualunque dei propri impegni nei confronti dell'Assicurato;**
- o) **coinvolgimento dell'Assicurato in qualsiasi atto doloso, illecito o criminoso, oppure se l'assicurato è incluso in un database (governativo o di polizia) di terroristi o sospetti tali, membri di organizzazioni terroristiche, trafficanti di droga o fornitori di armi nucleari, chimiche o biologiche;**
- p) **suicidio, tentato o consumato, dell'Assicurato, oppure autolesionismo o esposizione intenzionale a pericoli (tranne che nel tentativo di salvare vite umane);**
- q) **eventi verificatisi mentre l'Assicurato è in stato di ebbrezza o sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, ovvero correlati al consumo di alcool o di sostanze non prescritte da un medico;**
- r) **malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- s) **eventi per i quali, al momento della perdita, del danno o della passività indennizzabile a termini di polizza, è in corso un'altra polizza a copertura della stessa perdita, dello stesso danno o della stessa passività. In questi casi la società sarà tenuta al pagamento nei limiti di quanto previsto dall'Art. 3 – Altre Assicurazioni;**
- t) **atti di temerarietà;**
- u) **dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;**
- v) **svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;**
- w) **terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali;**

Sono escluse anche:

- x) **le spese sostenute per cure dentarie, fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti;**
- y) **le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica;**
- z) **gli Infortuni subiti in stato di detenzione conseguente a condanna dell'Assicurato.**

Questa polizza non fornisce alcun tipo di copertura o indennizzo:

- ✓ **a favore di terroristi o membri di organizzazioni terroristiche, trafficanti di narcotici, fornitori di armi nucleari, chimiche o biologiche, in caso di sinistro, perdita, malattia, infortunio o responsabilità personale per spese sostenute direttamente o indirettamente;**
- ✓ **se l'assicurato viaggia verso una specifica nazione o area per le quali il Ministero degli Esteri della Repubblica Italiana sconsiglia di viaggiare e/o soggiornare. In tale evenienza, se la pronuncia del Ministero degli Esteri fosse successiva all'acquisto della polizza ma antecedente alla partenza del viaggio, la Società rimborserà il premio versato;**
- ✓ **in caso di epidemie o di pandemia (dichiarata da OMS), o di quarantene, salvo quanto previsto al Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown; tale esclusione non opera per le garanzie del Capitolo 1 – Assistenza e del Capitolo 3 – Rimborso Spese mediche di emergenza;**
- ✓ **in caso di contaminazione chimica o biologica, non a scopo terapeutico.**

Art. 20 - Esclusione sanzioni

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

Art. 21 - Validità territoriale dell'Assicurazione

L'Assicurazione è prestabile esclusivamente a soggetti fisici che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia - se straniero, munito di regolare permesso di soggiorno in Italia - e vale nei Paesi (Italia, Europa, Mondo, come definiti nel Glossario) di cui alla destinazione del Viaggio indicata nel Certificato di Assicurazione.

Art. 22 – Operatività Garanzie

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

Art. 23 – Polizza Collettiva ed Obblighi del Contraente

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

a) verso gli Assicurati:

- nel caso in cui gli Assicurati non sostengano l'onere economico connesso al pagamento dei Premi, a consegnare alla stipula del contratto di acquisto del pacchetto turistico (o servizio turistico) il "Certificato di Assicurazione" ove sono riportate le informazioni necessarie relative ai contenuti delle coperture assicurative offerte dalla polizza, l'indicazione dell'Impresa di Assicurazioni che le eroga e le modalità di gestione delle prestazioni assicurate, fornendo altresì indicazioni precise ove poter acquisire le informazioni integrali delle Condizioni di Assicurazione;
- nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei Premi:
 - nel caso in cui l'onere economico sia inferiore a € 100,00 (euro cento): ad informare gli Assicurati preventivamente alla stipula del contratto di acquisto del pacchetto turistico (o servizio turistico), della presenza di assicurazioni obbligatorie o facoltative (come previsto dai contratti del settore turistico) nonché a consegnare alla stipula di tale contratto turistico il "Certificato di Assicurazione" ove sono riportate le informazioni necessarie relative ai contenuti delle coperture assicurative offerte dalla polizza, l'indicazione dell'Impresa di Assicurazioni che le eroga e le modalità di gestione delle prestazioni assicurate, fornendo altresì indicazioni precise ove poter acquisire le informazioni integrali delle Condizioni di Assicurazione;
 - nel caso in cui l'onere economico sia superiore a € 100,00 (euro cento): a far sottoscrivere agli Assicurati il "Modulo di Adesione" (come definito anche in Glossario) preventivamente alla stipula del contratto di acquisto del pacchetto turistico (o servizio turistico) nonché a consegnare alla stipula di tale contratto turistico il "Certificato di Assicurazione" ove sono riportate le informazioni necessarie relative ai contenuti delle coperture assicurative offerte dalla polizza, l'indicazione dell'Impresa di Assicurazioni che le eroga e le modalità di gestione delle prestazioni assicurate, fornendo altresì indicazioni precise ove poter acquisire il Set Informativo;

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

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

c) verso l'Intermediario-Distributore:

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

Art. 24 – Limiti di età

Ai fini delle garanzie del Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza, le prestazioni in caso di malattia sono operanti purché l'assicurato al momento della decorrenza della copertura (come indicata all'Art. 2 comma 2) non abbia ancora compiuto i 75 anni di età. Qualora l'assicurato compia i 75 anni durante la validità della copertura, tali garanzie rimangono comunque operative fino al termine della stessa.

CAPITOLO 1 – ASSISTENZA

Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti nella "Tabella delle Garanzie", a mettere a disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione del personale e delle attrezzature della Centrale Operativa di Assistenza, l'Assistenza necessaria qualora durante il viaggio l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di malattia, infortunio, o perdita bagaglio/effetti personali, o guasto/incidente del veicolo, secondo le prestazioni descritte dall'Art 1.3 e seguenti del presente Capitolo 1.

La Società prenderà in carico le eventuali spese documentate che l'Assicurato abbia sostenuto al fine di contattare la Centrale Operativa di Assistenza per richiedere l'operatività delle garanzie del presente Capitolo, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 1.2 - Esclusioni valide per il solo Capitolo 1 – Assistenza

Oltre alle esclusioni comuni a tutte le garanzie di cui all'Art. 19, sono sempre esclusi dalla copertura "Assistenza":

- a. l'organizzazione diretta, o comunque senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa di Assistenza, di tutte le prestazioni di assistenza previste, salvo quanto previsto dall'Art. 6.8 lettera n);**
- b. le spese stradali (pedaggio, carburante), di taxi o di dogana e le spese di ristorazione/hotel, salvo quelle previste dalla garanzia;**
- c. in caso di ricovero, il costo di una camera singola, a meno che non sia indicata per ragioni di ordine medico;**
- d. i fatti che possono essere penalmente sanzionabili in base alla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato;**
- e. malattie nervose mentali, psichiatriche, psicologiche e psicosomatiche;**
- f. le spese mediche derivanti da diagnosi, controlli o accertamenti relativi ad uno stato fisiologico (ad es. gravidanza) già noto anteriormente alla data di inizio del viaggio;**
- g. le spese mediche o di altra natura relative a trattamenti chirurgici non ritenuti urgenti a giudizio dei medici curanti in loco e posticipabili successivamente al rientro alla residenza;**
- h. le cure termali, riabilitative o fisioterapiche, le spese per occhiali, lenti a contatto, protesi di qualsiasi natura, sedie a rotelle e ausili similari alla deambulazione, esami e test di routine o check-up, test o trattamenti preventivi, esami e test di controllo in assenza di un infortunio o di una malattia inclusi in copertura;**
- i. le spese di trapianto di organi non rese necessarie da un infortunio o da una malattia inclusi in copertura;**
- j. le spese per interventi di chirurgia estetica o ricostruttiva e per trattamenti di benessere, le spese di vaccinazione, per sedute di agopuntura, massoterapia, le cure prestate da un chiropratico o da un osteopata;**
- k. le spese e i trattamenti non prescritti da un'autorità medica abilitata;**
- l. le spese mediche sostenute successivamente al rientro alla residenza dell'assicurato;**
- m. le spese per contraccezioni; le spese mediche e dentarie di routine;**
- n. le spese per telefonate (eccetto quelle dirette alla Centrale Operativa di Assistenza).**

Tutte le prestazioni di assistenza non sono altresì dovute:

- o. nel caso in cui l'assicurato disattenda le indicazioni della Centrale Operativa di Assistenza, ovvero:**
 - i. si verifichino le dimissioni volontarie dell'Assicurato contro il parere dei sanitari della struttura presso cui questi si trova ricoverato;**
 - ii. l'Assicurato o chi per lui volontariamente rifiuti il trasporto/rientro sanitario alla data e con il mezzo indicati dai medici della Centrale Operativa di Assistenza. In questo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza, garantendo il rimborso delle ulteriori spese ospedaliere e chirurgiche solo fino all'importo corrispondente al costo del trasporto/rientro rifiutato. Non danno diritto alla prestazione "Rientro sanitario dell'Assicurato" di cui all'Art. 1.8 della presente Sezione le affezioni o lesioni benigne che possono essere trattate sul posto.**

In merito alle prestazioni di assistenza al veicolo, di cui all'Art. 1.25, sono esclusi:

- **i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 (otto) anni;**
- **i veicoli di peso superiore a 35 (trentacinque) quintali;**
- **i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;**
- **i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico;**
- **i veicoli che comunque abilitati trasportino più di nove persone.**

Art. 1.3 – Consulenza medica telefonica

La Società, tramite la Centrale Operativa di Assistenza, fornisce all'Assicurato l'assistenza medica telefonica (fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie") qualora questo necessiti di informazioni e/o

consigli medici durante il viaggio. Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa di Assistenza valuterà l'erogazione delle altre prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Art. 1.4 - Invio di medicinali urgenti all'estero

In caso di necessità determinata da infortunio o malattia, la Centrale Operativa di Assistenza ricerca per l'Assicurato che si trovi all'estero i medicinali indispensabili alla sua salute e non reperibili localmente all'estero, provvedendo ad inviarglieli nel più breve tempo possibile, **nei limiti ammessi dalla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato. Il costo di tali medicinali resta a carico dell'Assicurato**; restano a carico della Società i costi di invio fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie". **I trattamenti in corso prima della partenza non sono coperti dalla garanzia. I contraccettivi non sono considerati medicinali.**

Art. 1.5 - Segnalazione di un medico specialista all'estero

Qualora lo si ritenga necessario a causa dello stato di salute dell'Assicurato (che si trovi all'estero), la Centrale Operativa di Assistenza segnala il nominativo e l'indirizzo di un medico specialista o di una struttura idonea nella zona più prossima al luogo in cui si trova l'assicurato; restano a carico della Società i soli costi di segnalazione fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 1.6 - Invio di un medico in Italia in casi di urgenza

Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa di Assistenza mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20.00 alle ore 8.00) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa di Assistenza e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente (come indicato nella "Tabella delle Garanzie"). In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico (come indicato nella "Tabella delle Garanzie") il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

Art. 1.7 - Trasporto dell'Assicurato al centro medico più vicino

In caso di necessità determinata da infortunio o malattia, la Centrale Operativa di Assistenza organizza il trasporto dell'Assicurato alla struttura ospedaliera più idonea o meglio attrezzata a prestare le cure necessarie tenendo a proprio carico le spese fino all'importo indicato nella Tabella delle Garanzie. A seconda della gravità e delle circostanze, il trasporto dell'Assicurato è effettuato in treno, in vettura di 1° classe, con posto a sedere, in cuccetta o in vagone letto, oppure in ambulanza o con veicolo sanitario leggero, su volo regolare di linea con posto a sedere o in barella, oppure con aereo sanitario privato limitatamente agli spostamenti locali. Tale prestazione è operante qualora l'Assicurato sia curabile in loco o nelle immediate vicinanze e purché non sia attivata la garanzia di cui al successivo Art. 1.8.

Art. 1.8 - Rientro sanitario dell'Assicurato

Il Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – il trasporto o rientro sanitario tenendo a proprio carico le spese fino all'importo indicato nella Tabella delle Garanzie. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa di Assistenza, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa di Assistenza.

Per i viaggi all'estero, il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare) esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica eventualmente barellato. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addividano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 1.9 - Rientro della salma in caso di decesso dell'Assicurato

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa di Assistenza organizza a sue spese (come indicato nella "Tabella delle Garanzie") il trasporto della salma fino alla residenza dell'Assicurato.

Art. 1.10 - Spese funerarie

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa di Assistenza si fa carico delle spese di prima conservazione, delle spese amministrative e delle spese per la prima bara necessaria al trasporto organizzato dalla Centrale Operativa, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie". Le spese per le esequie, l'inumazione e la cerimonia funebre restano a carico dei Familiari.

Art. 1.11 - Spese di viaggio di un Familiare dell'Assicurato in caso di ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 (cinque) giorni, la Società tramite la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà – tenendo a proprio carico il relativo costo - il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe e le spese di pernottamento) di un familiare che lo debba raggiungere, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 1.12 - Assistenza ai minori

Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa di Assistenza mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica (fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie"), per raggiungere i minori e ricondurli alla residenza. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 1.13 - Prolungamento del soggiorno

La Società, tramite la Centrale Operativa di Assistenza provvederà per l'Assicurato, i familiari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico. La Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 1.14 - Rientro del viaggiatore convalescente

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti, la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà e l'Impresa – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe) come indicato nella "Tabella delle Garanzie". La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.

Art. 1.15 - Spese di prosecuzione del viaggio dell'Assicurato e dei suoi accompagnatori

Nel caso in cui l'Assicurato abbia interrotto il viaggio a causa di un infortunio o di una malattia ma il suo stato di salute, secondo il parere dell'équipe medica della Centrale Operativa di Assistenza, non abbia reso necessario il rimpatrio e la durata prevista del viaggio non sia terminata, la Società si fa carico, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie" ed entro i limiti del costo del rientro alla residenza, delle spese di trasporto dell'Assicurato vittima dell'infortunio o della malattia, dei familiari con lui viaggianti o di un compagno di viaggio, per consentire loro di riprendere il viaggio interrotto. In tutti i casi, soltanto la Centrale Operativa è abilitata a decidere in merito alla scelta dei mezzi di trasporto.

Art. 1.16 - Rientro dei familiari o del compagno di viaggio

In caso di Trasporto dell'Assicurato al centro medico (Art. 1.7), Rientro sanitario dell'Assicurato (Art. 1.8), Rientro della salma in caso di decesso dell'Assicurato (Art. 1.9) e Rientro del viaggiatore Convalescente (Art. 1.14), la Centrale Operativa di Assistenza organizzerà e l'Impresa prenderà in carico (come indicato nella "Tabella delle Garanzie") il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 1.17 - Rientro anticipato

La Centrale Operativa di Assistenza organizzerà e l'Impresa prenderà in carico (come indicato nella "Tabella delle Garanzie") il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita, nel paese di residenza, esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati. La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato

debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente l'Impresa metterà a disposizione dell'Assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 1.18 - Interprete telefonico a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero, si trovi all'estero in difficoltà nel comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa di Assistenza organizza un servizio di interprete telefonico per facilitare i contatti fra l'Assicurato ed i medici curanti, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 1.19 - Anticipo cauzione penale all'estero

Qualora l'Assicurato sia incarcerato o sia oggetto di mandati d'arresto o ordini di cattura in relazione a fatti non noti prima dell'acquisto del viaggio, la Centrale Operativa di Assistenza anticiperà all'Estero, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie", la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato.

Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato a Bene Assicurazioni S.p.A. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

Art. 1.20 - Anticipo spese di prima necessità per eventi di particolare gravità

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa di Assistenza provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie" a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

Art. 1.21 - Trasmissione di messaggi urgenti

Su espressa richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa di Assistenza trasmette 24 ore su 24 al destinatario i messaggi di carattere urgente e strettamente personale. Restano a carico della Società i costi di invio fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 1.22 - Spese di ricerca, soccorso e salvataggio

La Società si fa carico o effettua il rimborso, fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie", delle spese di ricerca, soccorso (inclusa slitta) e salvataggio (incluso elicottero) relative alle operazioni organizzate dai soccorritori civili o militari o dagli organismi che hanno l'obbligo di intervenire in seguito alla scomparsa dell'Assicurato o ad un infortunio da questi subito. Possono essere oggetto di rimborso soltanto le spese sostenute dagli organismi abilitati a soccorrere l'Assicurato e fatturate all'Assicurato.

Art. 1.23 - Assistenza medica tramite Applicazione DOC 24 (per l'Assicurato) – fornita gratuitamente

a) Descrizione del servizio

L'Assicurato può scaricare l'App DOC 24 (disponibile su Apple Store e Google Play), fornita da Soggetto terzo (International Care Company S.p.A.) diverso da Bene Assicurazioni, accedendo, attraverso autenticazione, ai servizi di assistenza medica come descritti di seguito.

b) Durata del servizio

I servizi di assistenza medica presenti nell'App DOC 24 decorrono dalla data di partenza del viaggio e terminano alla data di rientro del viaggio come riportato sui documenti di viaggio.

c) Come accedere ai servizi dell'App DOC 24

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

d) Prestazioni previste nell'app DOC 24

L'App DOC 24 mette a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni:

- **Misurazione parametri medici**

Qualora l'Assicurato effettui delle misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali:

- pressione arteriosa;
- ossigenazione del sangue;
- frequenza cardiaca;
- glicemia;
- peso

potrà, utilizzando l'App, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso (l'inserimento sarà

automatico se gli stessi device sono integrati dall'App). Per prendere visione dei device compatibili con DOC 24, accedere al sito www.doc24.it.

In presenza di una connessione Internet con banda sufficiente, tali rilevazioni verranno in maniera automatica trasferite alla Centrale Operativa Medica dove saranno a disposizione dei medici presenti H24 e, attraverso la piattaforma di telemedicina, verranno registrate nella cartella medica personalizzata dell'Assicurato disponibile via web ed eventualmente consultabile anche dal suo medico di famiglia.

- **Servizio Alert parametri medici**

Al momento dell'attivazione del servizio, salvo diversa indicazione medica, il sistema determina automaticamente, sulla base degli standard medici, il limite minimo e massimo delle diverse misurazioni.

Una volta ricevuta la misurazione dalla Centrale Operativa, qualora la stessa ecceda i limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" a seguito del quale il Servizio Medico si metterà in contatto con l'Assicurato tramite il mezzo più idoneo (telefono cellulare/telefono abitazione ecc.) per concordare gli interventi più appropriati.

- **Consulti medici in video conferenza**

Attraverso la sezione Assistenza presente nell'APP DOC 24, in caso di necessità, se presente una connessione Internet a banda sufficiente al funzionamento del servizio di videoconferenza, l'Assicurato potrà effettuare una videochiamata 24 ore su 24 alla Centrale Operativa la quale organizzerà l'accesso a sessioni di video-conferenza di consulto medico on-line come precisate di seguito:

- Consulti generici con il Servizio Medico della Centrale Operativa e/o specialistici (cardiologo, pediatra) attraverso una prima valutazione del Servizio medico di Centrale Operativa.

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

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'Assicurato potrà alternativamente accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il numero **+39 039 6554 6013**.

- **Servizio Medical Passport**

Tutte le misurazioni registrate nell'App DOC 24, in presenza di una connessione a banda sufficiente, vengono automaticamente trasferite in Medical Passport, il servizio di cartella medica online che permette di archiviare tutti i dati sulla propria salute, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc) e di accedervi sempre e dovunque, attraverso il web.

Attraverso Medical Passport, l'Assicurato ha possibilità di accedere alla rete di strutture sanitarie e medici specialisti in Italia convenzionati con International Care Company S.p.A. e beneficiare, ove previste, di condizioni tariffarie agevolate per visite o esami. Per effettuare la ricerca, l'Assicurato può utilizzare l'apposita funzione all'interno del suo Medical Passport alla sezione "Convenzioni". Per usufruire delle agevolazioni, l'Assicurato dovrà qualificarsi come cliente dell'International Care Company all'atto del pagamento della prestazione.

L'Assicurato può accedere a Medical Passport inserendo le stesse username e password personali rilasciate per l'accesso all'App DOC 24 nel sito www.medical-passport.it.

Il servizio Medical Passport ha la stessa durata dei servizi inclusi nell'App DOC 24.

e) Costo della prestazione

La Società che eroga il servizio App Doc 24 tiene a proprio carico tutte le spese (escluse quelle di connessione web o telefonica) relative all'organizzazione e alla gestione dei servizi presenti e disponibili nell'App DOC 24

f) Esonero di responsabilità

L'Assicurato dichiara fin d'ora di esonerare la Società da qualsivoglia responsabilità derivante dal mancato funzionamento – totale e/o parziale – dell'App DOC 24 a causa di mancata e/o parziale copertura del servizio Internet, attraverso il quale l'App DOC 24 funziona in modo adeguato.

L'Assicurato prende atto che, in caso di divergenza tra il dato rilevato dallo strumento di misurazione e quello pubblicato sul tablet/smartphone, è da ritenere valido quello rilevato dallo strumento di misurazione e che in ogni caso il servizio non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante.

g) Prolungamento del servizio

Ove l'assicurato volesse prolungare la fruizione dell'App DOC 24 successivamente alla scadenza del periodo di durata della polizza potrà contattare la Centrale Operativa al numero **+39 039 6554 6032** comunicando il periodo di prolungamento di proprio interesse e corrispondendo il relativo pagamento tramite carta di credito.

Art. 1.24 - Concierge of Life 24 (Assistenza domiciliare per l'Assistito)
1) S.O.S. Home Care (Assistenza Domiciliare a casa dell'Assistito)

Qualora l'Assistito per motivi indipendenti dalla propria volontà, non riceva l'assistenza organizzata dall'Assicurato prima della sua partenza per il Viaggio programmato, e, durante la sua assenza, si rilevi un'emergenza nella gestione quotidiana dell'Assistito, su richiesta dello stesso Assicurato che comunque dovrà dimostrare l'esistenza della reale necessità, la Centrale Operativa di Assistenza, una volta accertato quali Servizi siano necessari da erogare (ASA/OSS/Infermiere Professionale) provvederà, tenendo a proprio carico i costi relativi, fino a concorrenza di quanto indicato nella Tabella 1, ad organizzare l'invio del Personale più idoneo per risolvere il problema emerso, mantenendo costantemente informato l'Assicurato e concordando con lo stesso eventuali azioni da intraprendere nei confronti dell'Assistito. La Centrale Operativa di Assistenza, una volta esaurito il massimale previsto, contatterà l'Assicurato per valutare se proseguire nell'Assistenza Domiciliare fornita all'Assistito. In questo caso i costi relativi saranno fatturati dalla Centrale Operativa di Assistenza direttamente all'Assicurato.

Inoltre, a seguito di Malattia/Infortunio durante il viaggio, che comporti per l'Assicurato o il mancato rientro dal suo viaggio o al suo rientro un ricovero superiore a 4 (quattro) giorni e la sua inabilità a prestare assistenza, la Centrale Operativa di Assistenza, una volta accertato lo stato di parziale autosufficienza/non autosufficienza dell'Assistito, ed i Servizi di Assistenza a cui lo stesso ha diritto (ASA/OSS/Infermiere Professionale) provvederà, concordando i giorni e le ore necessarie per garantire un'appropriata Assistenza e tenendo a proprio carico i costi relativi, ad organizzare l'invio del Personale prescelto, mantenendo costantemente informato l'Assicurato e concordando con lo stesso eventuali ulteriori azioni da intraprendere nei confronti dell'Assistito, fino a concorrenza di quanto indicato nella Tabella 1 e con le ore minime e massime indicate nella Tabella 2. Il Servizio verrà erogato fino a concorrenza del numero di giorni di ricovero e relativa convalescenza su prescrizione medica e comunque per un periodo non superiore a 90 (novanta) giorni dalla data di ricovero.

Tabella 1

Personale per il Servizio	Ore Massime erogabili all'Assistito in base alla durata del Viaggio dell'Assicurato			
	< 16 giorni	< 31 giorni	< 60 giorni	< 90 giorni
ASA – Ausiliario Socio-Assistenziale	20 ore	40 ore	60 ore	80 ore
OSS – Operatore Socio-Sanitario	4 ore	8 ore	12 ore	16 ore
Infermiere Professionale	3 ore	6 ore	9 ore	12 ore

Tabella 2

Personale per il Servizio	Ore minime per giornata	Ore massime per giornata
ASA – Ausiliario Socio-Assistenziale	2,5 ore	4,0 ore
OSS – Operatore Socio-Sanitario	1,5 ore	3,0 ore
Infermiere Professionale	1,5 ore	3,0 ore

2) Assistenza medica tramite Applicazione DOC 24 (per l'assistito)

L'Applicazione di cui all'Art. 1.23 può essere scaricata immediatamente sul cellulare del proprio assistito così da farlo accedere, attraverso l'autenticazione, ai servizi di Assistenza Medica come descritti al punto precedente. Tali Servizi, per l'Assistito, verranno garantiti per tutto il viaggio dell'Assicurato indipendentemente da eventuali infortuni/malattia che ne possano determinare il mancato rientro e/o un ricovero/convalescenza superiore ai 4 gg (anche al rientro in Italia).

Rispetto a quanto indicato all'Art. 1.23, l'assistito avrà diritto ai seguenti massimali di Servizio:

Prestazione	N. prestazioni erogabili all'Assistito in base alla durata del Viaggio dell'Assicurato			
	< 16 giorni	< 31 giorni	< 60 giorni	< 90 giorni
Misurazione parametri medici	Illimitato			
Servizio Alert parametri medici	Illimitato			
Consulti medici in video conferenza	Illimitato			

In aggiunta ai servizi di cui sopra, l'Assistito può richiedere (anche tramite l'Assicurato) l'attivazione di uno dei seguenti ulteriori servizi:

Prestazione	N. prestazioni erogabili all'Assistito in base alla durata del Viaggio dell'Assicurato			
	< 16 giorni	< 31 giorni	< 60 giorni	< 90 giorni
Invio farmaci a domicilio	1	2	2	3
Invio medico a domicilio	1	1	2	3
Invio ambulanza	1	1	1	1
Psicologo a disposizione	1	2	2	3
Geriatra a disposizione	1	1	2	2

Art. 1.25 - Assistenza al veicolo

La Società provvederà ad organizzare e gestire attraverso la Centrale Operativa di Assistenza le **prestazioni indicate di seguito** in caso di guasto o incidente (ed in taluni casi di furto) occorsi al veicolo utilizzato durante il trasferimento dell'Assicurato per recarsi dalla propria residenza fino alla stazione di partenza del viaggio (ferroviaria, marittima, aeroportuale) o nella località prenotata (e viceversa) **purché in paesi dell'Unione Europea**, restando inteso che tutte le spese conseguenti alla riparazione del veicolo (per guasto e/o incidente, furto) saranno comunque sempre a carico dell'Assicurato:

a) Soccorso stradale e traino

Se il veicolo rimane immobilizzato in seguito a guasto o a incidente, la Centrale Operativa di Assistenza invierà 24 ore su 24 e la Società terrà a carico il relativo costo fino all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie", il mezzo di soccorso sul luogo dell'immobilizzo, per trainare il veicolo al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina più vicina o eventualmente per effettuare sul posto piccoli interventi che permettano al veicolo di riprendere la marcia autonomamente. I costi dei pezzi di ricambio eventualmente utilizzati per l'effettuazione sul posto di piccoli interventi ed ogni altra spesa di riparazione sono a carico dell'Assicurato.

Inoltre, il costo del soccorso sarà a carico dell'Assicurato qualora il guasto o l'incidente avvengano al di fuori della rete stradale pubblica o ad aree ad esse equivalenti (percorsi in circuito o fuori strada).

Se il veicolo rimane immobilizzato in autostrada in Italia, l'Assicurato dovrà far intervenire i mezzi di soccorso autorizzati, comunicandolo successivamente per telefono alla Centrale Operativa di Assistenza. Tale comunicazione è obbligatoria per poter usufruire del rimborso del soccorso da parte della Centrale Operativa al ricevimento della ricevuta emessa dal soccorritore autorizzato.

b) Invio pezzi di ricambio

La Centrale Operativa di Assistenza provvederà alla ricerca e all'invio di pezzi di ricambio necessari alla riparazione del veicolo, qualora gli stessi non fossero reperibili nel luogo dove si è verificato il guasto o l'incidente. In caso di spedizione aerea, i ricambi saranno inviati presso l'Aeroporto più vicino al luogo ove si trovi il veicolo. In ogni caso le spese di acquisto dei pezzi di ricambio e doganali resteranno a carico dell'Assicurato. Restano a carico della Società i costi di invio fino all'ammontare indicato nella "Tabella delle Garanzie"

c) Spese di albergo

Se il veicolo rimane immobilizzato in seguito a guasto o incidente e la riparazione può avvenire solo il giorno successivo, oppure è stato rubato costringendo i passeggeri che si trovano lontani dal proprio domicilio ad una sosta forzata, la Società terrà a proprio carico il soggiorno in albergo per tutti gli occupanti del veicolo per un pernottamento e prima colazione fino all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie" per persona. Le spese diverse da quelle sopra indicate rimangono a carico dell'Assicurato.

CAPITOLO 2 – BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

La garanzia prevede un indennizzo, nei limiti dell'importo indicato nel Certificato di Assicurazione, per i seguenti eventi:

1 Furto, incendio, rapina, scippo, danneggiamento o mancata riconsegna del bagaglio e degli effetti personali

La Società rimborsa o sostituisce (a sua discrezione) i beni dell'Assicurato in caso di:

a) furto, incendio, rapina, scippo

b) mancata riconsegna o danneggiamento da parte del Vettore

del **bagaglio personale** che l'assicurato porta con sé durante il viaggio, compresi gli abiti e gli oggetti indossati, entro il massimale specificato nel Certificato di Assicurazione. In caso di rimborso del valore dei beni, questo sarà determinato avendo in considerazione il logorio e la perdita di valore.

In caso di furto o danneggiamento di **oggetti di valore** di proprietà dell'Assicurato, così come definiti nel Glossario, il rimborso è limitato all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie", da determinarsi considerando il logorio e la perdita di valore. Per tali oggetti la copertura non opera se inseriti nel bagaglio consegnato ad una Società di trasporto.

Il rimborso è altresì limitato **per ogni oggetto** all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie". I corredi fotocineottici (obiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie, ecc.) sono considerati quale oggetto unico. Per i gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche e audio il rimborso è limitato cumulativamente al 50% (cinquantapercento) del capitale assicurato.

2 Sostituzione del passaporto e dei documenti di viaggio

La Società rimborsa all'Assicurato, nei limiti dell'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie", i costi da questo sostenuti a seguito di uno degli eventi di cui al precedente punto 1 per la sostituzione del passaporto, della carta di identità, dei biglietti di viaggio, degli ski-pass, delle carte verdi e dei biglietti d'ingresso prepagati dell'Assicurato.

3 Ritardo nella riconsegna del bagaglio durante il viaggio di andata

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

Art. 2.2 - Esclusioni valide per il solo capitolo 2 - Bagaglio ed effetti personali

Oltre alle esclusioni comuni a tutte le garanzie di cui all'Art. 19, sono sempre esclusi dalla copertura "Bagaglio ed effetti personali":

- 1) **il denaro, le carte di credito, gli assegni, i titoli, le collezioni, i campionari, i documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio, salvo quanto previsto all'Art. 2.1 punto 1 lettera b) per passaporto, carta di identità, biglietti di viaggio, ski pass, carte verdi e biglietti d'ingresso prepagati;**
- 2) **i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.);**
- 3) **i beni che, diversi da capi di abbigliamento e dalle valigie, borse e zaini siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;**
- 4) **le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;**
- 5) **il furto o danneggiamento di cicli, autoveicoli, natanti e attrezzature nautiche, masserizie e attrezzature per sport invernali;**
- 6) **il furto o danneggiamento di protesi dentarie, ponti, lenti a contatto o lenti corneali, occhiali da vista, occhiali da sole, telefoni cellulari, arti artificiali o protesi acustiche;**
- 7) **il logorio, perdita di valore, danno o guasto meccanico o elettrico causato da qualsiasi procedimento di pulitura, riparazione o ripristino, oppure danni causati da fuoriuscite di polveri o liquidi trasportati nel bagaglio dell'Assicurato;**
- 8) **il furto non denunciato alle autorità di Polizia entro 24 (ventiquattro) ore dalla scoperta dello stesso e per il quale l'Assicurato non si faccia rilasciare la copia della denuncia;**
- 9) **la ritardata consegna o trattenimento degli effetti dell'Assicurato da parte di autorità doganali o di altri funzionari che li trattengano legalmente;**
- 10) **qualsiasi articolo, gruppo o paio di articoli laddove l'Assicurato non sia in grado di fornire una ragionevole prova del loro possesso o valore (ad esempio scontrini originali);**
- 11) **i beni lasciati incustoditi in un luogo pubblico;**
- 12) **furto o danneggiamento di articoli trasportati sul portapacchi di un veicolo;**
- 13) **i danni arrecati a valigie, borse da viaggio o bagaglio analogo, a meno che l'articolo danneggiato non sia inutilizzabile;**

- 14) il furto del bagaglio o degli effetti personali avvenuto quando i beni in questione non sono sotto il controllo dell'Assicurato o si trovano sotto il controllo di un soggetto diverso dalla compagnia aerea o dal vettore;**
- 15) i danni derivanti da incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;**
- 16) l'insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;**
- 17) il furto del bagaglio se non è posto a bordo di veicolo chiuso a chiave in un parcheggio custodito.**

Art. 2.3 – Limitazioni relative al solo Capitolo 2 - Bagaglio ed effetti personali

- 1. Gli oggetti lasciati in automobile, nel camper, nel caravan e a bordo di motocicli o altri veicoli sono assicurati solo se riposti nel bagagliaio chiuso a chiave e non visibili dall'esterno, e se il mezzo viene lasciato in un parcheggio custodito e a pagamento;**
- 2. Il rimborso sarà liquidato ad integrazione di quanto rimborsato dal vettore aereo, o dall'albergatore responsabile dell'evento. Per i beni acquistati nel corso del viaggio l'eventuale risarcimento verrà corrisposto solo se l'Assicurato sarà in grado di presentare regolare giustificativo di spesa.**

CAPITOLO 3 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DI EMERGENZA

Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione

La garanzia prevede il rimborso delle spese mediche di emergenza (cure, spese di ricovero ospedaliero, spese farmaceutiche, parcelle professionali, spese di ambulanza), a seguito di Infortunio/Malattia (comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche che si siano manifestate successivamente all'iscrizione del viaggio e/o all'emissione della polizza, come previsto all'Art. 19 lettera a), sostenute dall'Assicurato in viaggio, entro il limite specificato nel Certificato di Assicurazione.

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

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

La garanzia prevede anche:

- 1 il rimborso delle spese per cure dentistiche urgenti e non procrastinabili al rientro presso la residenza dell'assicurato entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie". Tali spese dovranno essere esclusivamente prescritte da un'autorità medica in possesso dei diplomi o delle autorizzazioni richiesti nel Paese in cui esercita e legalmente abilitata alla pratica della professione;
- 2 le spese mediche sostenute in Italia successivamente al rientro a domicilio solo in caso di infortunio subito in viaggio, entro i limiti specificati nella "Tabella delle Garanzie", purché sostenute entro 60 (sessanta) giorni dalla data di rientro. In caso di malattia non saranno rimborsate le spese sostenute dall'assicurato dopo la data di termine del viaggio o successivamente al rientro al domicilio.

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

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

Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche d'emergenza sostenute.

Art. 3.2 – Esclusioni valide per il solo Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza

Oltre alle esclusioni comuni a tutte le garanzie di cui all'Art. 19, sono sempre esclusi dalla copertura "Rimborso Spese Mediche di Emergenza":

- a. in caso di ricovero, il costo di una camera singola, a meno che non sia indicata per ragioni di ordine medico;
- b. i fatti che possono essere penalmente sanzionabili in base alla legislazione del Paese in cui si trova l'Assicurato;
- c. malattie nervose mentali, psichiatriche, psicologiche e psicosomatiche;
- d. le spese mediche derivanti da diagnosi, controlli o accertamenti relativi ad uno stato fisiologico (ad es. gravidanza) già noto anteriormente alla data di inizio del viaggio;
- e. le spese mediche o di altra natura relative a trattamenti chirurgici non ritenuti urgenti a giudizio dei medici curanti in loco e posticipabili successivamente al rientro alla residenza;
- f. le cure termali, riabilitative o fisioterapiche, le spese per occhiali, lenti a contatto, protesi di qualsiasi natura, sedie a rotelle e ausili simili alla deambulazione, esami e test di routine o check-up, test o trattamenti preventivi, esami e test di controllo in assenza di un infortunio o di una malattia inclusi in copertura;
- g. le spese di trapianto di organi non rese necessarie da un infortunio o da una malattia inclusi in copertura;
- h. le spese per interventi di chirurgia estetica o ricostruttiva e per trattamenti di benessere, le spese di vaccinazione, per sedute di agopuntura, massoterapia, le cure prestate da un chiropratico o da un osteopata;
- i. le spese e i trattamenti non prescritti da un'autorità medica abilitata;
- j. le spese mediche sostenute successivamente al rientro alla residenza dell'assicurato, salvo quanto previsto all'Art. 3.1 punto 2;
- k. le spese per contraccezioni; le spese mediche e dentarie di routine;
- l. le spese per telefonate (eccetto quelle dirette alla Centrale Operativa di Assistenza).

CAPITOLO 4 – INFORTUNI

Art. 4.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati indicati nel Certificato di Assicurazione qualora l'Assicurato subisca, durante il viaggio, un infortunio che abbia come conseguenza (**entro 1 anno dallo stesso**) la Morte o l'Invalidità permanente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- a) nella qualità di passeggero di voli di Linea e charter (esclusi gli aerei privati), dal momento in cui sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso;
 - b) da aggressioni o atti violenti (a cui l'Assicurato non abbia partecipato attivamente o volontariamente) che abbiano movente politico o sociale quali, ad esempio, attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, purché non conseguenti a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezione, a tumulti popolari;
- e che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la Morte oppure l'Invalidità permanente.

Art. 4.2 - Capitali assicurati e cumulo

I capitali assicurati per singolo Assicurato sono quelli indicati sul Certificato di Assicurazione.

Le garanzie Morte ed Invalidità permanente da Infortunio non sono cumulabili; qualora a seguito di infortunio la Società liquidi un indennizzo per invalidità permanente e successivamente intervenga la morte dell'Assicurato, ascrivibile alla stessa causa che ha originato la prima liquidazione, l'ulteriore indennizzo per il caso di Morte sarà limitato all'eventuale differenza tra quanto assicurato per il caso Morte e quanto già liquidato per Invalidità permanente.

Art. 4.3 - Esclusioni valide per il solo Capitolo 4 - Infortuni

Oltre alle esclusioni comuni a tutte le garanzie di cui all'Art. 19, sono sempre esclusi gli infortuni derivanti da:

- a. **guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni;**
- b. **guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione subacquei.**

Art. 4.4 - Garanzia Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte dell'Assicurato, la Società corrisponde la Somma assicurata (indicata nel Certificato di Assicurazione) ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato in parti uguali.

Il pagamento della somma assicurata avverrà purché la morte avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e l'Autorità Giudiziaria ne dichiari la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato in parti uguali, la Somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'Indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato per la restituzione della somma corrisposta.

Art. 4.5 - Garanzia Invalidità Permanente

Ferma la franchigia prevista in polizza (di cui all'Art. 4.6), qualora si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento di una percentuale del massimale assicurato per invalidità permanente, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri della tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30-6-1965 n° 1124 e successive modifiche, relative al settore "Industria" con rinuncia dell'Impresa all'applicazione della franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

Art. 4.6 – Franchigia Invalidità permanente

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore alla percentuale (indicata nella "Tabella delle Garanzie") dell'invalidità permanente totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente quella indicata nella "Tabella delle Garanzie".

Art. 4.7 – Grandi invalidità

In caso di Invalidità Permanente di grado accertato pari o superiore al 60% (sessanta per cento) della totale, l'Indennizzo viene corrisposto come se l'Invalidità Permanente fosse totale, pagando l'intera Somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

CAPITOLO 5 – FERMO PER QUARANTENA O PER LOCKDOWN

Art. 5.1 - Oggetto dell'assicurazione

A. FERMO PER QUARANTENA

Nel caso in cui l'Assicurato sia oggetto di "Fermo Sanitario" (intendendosi per tale il periodo di segregazione imposto dall'Autorità locale competente per motivi di sicurezza sanitaria, durante il quale l'Assicurato venga sottoposto ad accertamenti sanitari o a quarantena, in quanto persona ritenuta portatrice di malattia infettiva contagiosa) nel Paese/località di destinazione del Viaggio o di transito, la Società rimborserà, entro l'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie", gli eventuali maggiori costi essenziali ed indispensabili per:

- 1 vitto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per la permanenza forzata in loco;
- 2 i titoli di viaggio per il rientro nel territorio italiano, **qualora non possa usufruire di quelli già in suo possesso.**

La Società si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o dai vettori.

B. FERMO PER LOCKDOWN

Nel caso in cui l'Assicurato sia oggetto di "Fermo Amministrativo" (intendendosi per tale l'impossibilità di partire per il Viaggio a causa di lockdown che imponga restrizioni alla libera circolazione delle persone per motivi di sicurezza sanitaria o di pubblica sicurezza nel Paese/località di destinazione del Viaggio o di transito, o di impossibilità a proseguire il Viaggio a causa di un tale lockdown nel luogo ove l'Assicurato si trova al momento del Viaggio) **non dovuto a sue condizioni personali**, che comporti la perdita dei servizi prenotati dall'Assicurato, la Società rimborserà, entro l'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie", le seguenti spese essenziali ed indispensabili per:

- 1 riprotezione dei voli persi o non usufruiti, incluse le tratte in congiunzione, al netto di eventuali rimborsi del vettore;
- 2 pernottamento e vitto imprevisti durante il Viaggio;
- 3 penali per i servizi a terra annullati o perduti per c.d. "no-show";
- 4 quote relative a servizi fruiti forzatamente dal momento di inizio del fermo, durante la permanenza nel Paese di destinazione del Viaggio oggetto del "Fermo Amministrativo".

La Società si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o dai vettori.

Art. 5.2 - Esclusioni valide per il solo Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown

Oltre alle esclusioni comuni a tutte le garanzie di cui all'Art. 19, la garanzia "Fermo per Quarantena o per Lockdown" non opera:

- a. per viaggi intrapresi verso Paesi (sia di destinazione che di transito) nei quali era già nota, prima della partenza, la necessità di "Fermo Sanitario" (qualora si tratti della garanzia dell'Art. 5.1 lettera A) o di "Fermo Amministrativo" (qualora si tratti della garanzia dell'Art. 5.1 lettera B);
- b. se nel luogo di destinazione era stata già dichiarata una quarantena prima della partenza del viaggio;
- c. in caso di pandemia (dichiarata da OMS) di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità o da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- d. per perdite a seguito di rinuncia da parte dell'Assicurato alla prosecuzione/riprotezione del Viaggio interrotto qualora sia possibile la prosecuzione/riprotezione;
- e. in caso di violazione da parte dell'Assicurato delle disposizioni normative emanate fino all'inizio del Viaggio da parte delle autorità.

CAPITOLO 6 - NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

RIFERIMENTI UTILI

Art. 6.1- Riferimento per chiarimenti in merito al contratto

In caso di dubbi riguardo alla copertura prescelta o per ulteriori informazioni, l'Assicurato può contattare il numero verde **800.252.990** oppure inviare un E-mail all'indirizzo helpdesk@amiassistance.it

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DOCUMENTAZIONE DA INVIARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 6.2 – Riferimenti per la denuncia dei sinistri

In caso di Sinistri per le garanzie del:

- **Capitolo 1 – Assistenza:** al fine di attivare le relative prestazioni (compreso il rientro anticipato) l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa di Assistenza, in funzione 24 ore su 24, telefonando al numero verde **800.908.065** (dall'Estero +39/039/65546495).
- **Capitolo 2 - Bagagli ed effetti personali, Capitolo 3 – Rimborso Spese mediche di emergenza, Capitolo 4 – Infortuni, Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown:** l'Assicurato deve effettuare la denuncia alla Società con una delle seguenti modalità:
 - via mail all'indirizzo sinistri.turismo@internationalcarecompany.com
 - via telefono al numero 039/65546023

Bene Assicurazioni ha demandato la gestione dei sinistri, con apposito incarico, **all'impresa International Care Company S.p.A.** con sede in Via Paracelso 24 – Centro Colleoni – 20864 Agrate Brianza (MB).

Art. 6.3 – Obblighi

1) In caso di sinistro, oltre alle informazioni e ai documenti di cui agli Artt. 6.4, 6.5, 6.6 e 6.7:

a. Occorre sempre fornire alla Società gli originali dei seguenti documenti:

- denuncia del bagaglio,
- scontrini fiscali,
- fatture,
- giustificativi per rifacimento documenti,
- prescrizioni mediche

inviandole al seguente indirizzo:

INTERNATIONAL CARE COMPANY S.p.A.
Ufficio Sinistri in Via Paracelso 24 – Centro Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

- b. La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.
 - c. L'Assicurato deve compiere ogni ragionevole sforzo per recuperare gli eventuali articoli smarriti o sottratti e collaborare con le autorità per consentire loro di individuare e perseguire gli eventuali responsabili.
 - d. L'Assicurato deve compiere ogni ragionevole sforzo per evitare o ridurre qualsiasi danno che potrebbe determinare una richiesta di risarcimento in base alla presente polizza.
 - e. L'Assicurato deve conservare i documenti di polizza ai fini della prova della copertura. In caso di sinistro, tali documenti potranno essere richiesti dalla Società per ottenere l'esecuzione della prestazione garantita.
 - f. L'Assicurato deve collaborare con la Società affinché quest'ultima possa rivalersi su altri soggetti o altri assicuratori per recuperare gli importi eventualmente corrisposti. A tale scopo l'Assicurato deve fornire alla Società tutte le informazioni richieste e compilare gli eventuali moduli necessari.
 - g. Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, il Contraente, se diverso dall'Assicurato, i Beneficiari designati in Polizza, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono dare immediato avviso alla Società.
 - h. L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.
- 2) In base alle norme generali e a quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito e, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre inviare alla Compagnia la documentazione di seguito indicata agli Artt. 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 per ciascuna delle garanzie assicurative.

Art. 6.4 - Documentazione da allegare alla denuncia dei Sinistri Assistenza e Rimborso Spese mediche di emergenza

Nella denuncia, occorre precisare:

- **Nome e cognome dell'assicurato malato/infortunato**
- **Numero della polizza** (come riportato sul Certificato di Assicurazione)
- **Motivo della chiamata**
- **Numero telefonico e/o indirizzo al quale è reperibile l'assicurato malato/infortunato**

Se trattasi di una Richiesta di consulenza medica telefonica, occorre allegare anche il certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito.

Se trattasi di una richiesta di Rimborso spese mediche di emergenza, occorre allegare anche:

- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- la prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.

Art. 6.5 – Documentazione da allegare alla denuncia dei Sinistri Bagagli ed oggetti personali

L'Assicurato deve:

- in caso di furto/rapina/scippo:
 - i. inoltrare denuncia alle Competenti Autorità di Polizia entro 24 ore dalla constatazione dell'evento;
 - ii. se i beni oggetto del sinistro erano sottoposti alla custodia di un terzo (es. albergatore) inoltrare immediato reclamo scritto al terzo responsabile, e chiedere ad esso il risarcimento del danno;
 - in caso di mancata riconsegna, smarrimento o danneggiamento a carico del Vettore:
 - iii. alla constatazione del danno informare immediatamente la Compagnia Aerea o la competente società di trasporti, facendosi rilasciare una copia autentica del modulo di denuncia di danni relativo all'evento denunciato (Property Irregularity Report per le Compagnie Aeree o documento equivalente per altro tipo di Vettore);
- e
- iv. richiedere il risarcimento alla Compagnia aerea o alla società di trasporti per iscritto, allegando l'originale della denuncia;
 - v. Nel caso il bagaglio venga considerato definitivamente smarrito, dichiarazione finale di smarrimento emessa dalla Compagnia Aerea con indicazione dell'importo riconosciuto a titolo di risarcimento.

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alla competente Autorità facendosi rilasciare l'originale.

L'assicurato è altresì tenuto a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore aereo ed a produrre all'Impresa l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta e necessaria alla valutazione del sinistro.

La documentazione di cui sopra deve essere inviata entro e non oltre 10 giorni dalla conclusione del viaggio, allegando anche la denuncia di furto (in originale, a meno che lo stesso non sia stato trasmesso al vettore responsabile, e in questo caso sarà sufficiente una copia) e fornire la ragionevole prova (es. scontrini o ricevute di acquisto) del possesso dei beni sottratti.

Art. 6.6 - Documentazione da allegare alla denuncia dei Sinistri Infortuni

- a. Nella denuncia del sinistro occorre precisare se vi è stato intervento dell'Autorità giudiziaria e allegare:
 - i. Certificato medico dell'Ospedale
 - ii. Certificati comprovanti il decorso delle lesioni
 - iii. Certificato di morte
 - iv. Descrizione circostanziata del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento
 - v. Copia completa della cartella clinica
- b. In caso di Sinistro l'Assicurato, il Contraente, o altro soggetto per conto dei medesimi, deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società entro 5 (cinque) giorni da quando ne ha avuto la possibilità.
- c. La Società si riserva la facoltà di chiedere ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per la definizione del Sinistro, in particolare:
 - **In caso di Invalidità Permanente**, il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, compreso quello definitivo attestante i postumi di Invalidità residua.
 - **In caso di Morte** la Società può richiedere al Contraente, agli eredi dell'Assicurato o ai Beneficiari designati la seguente documentazione, tutta o in parte, in base agli elementi e alle circostanze relative all'Infortunio:
 - certificato di morte in originale;
 - certificato autoptico, quando disponibile;

- copia del verbale dell'Autorità giudiziaria che ha condotto gli accertamenti (se vi fu intervento);
- atto di notorietà comprovante gli aventi diritto (eredi legittimi o testamentari) sul quale viene indicato se l'Assicurato ha lasciato o meno testamento; in caso di esistenza di testamento, deve esserne inviata copia autenticata e l'atto di notorietà deve indicare altresì che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido ed evidenziando quali sono gli eredi testamentari, loro età e capacità di agire;
- in presenza di Indennizzi spettanti ai minori di anni 18 (diciotto) o ad incapaci, decreto del Giudice tutelare che autorizzi la riscossione della somma loro spettante, con espresso esonero da ogni responsabilità della Società in ordine al pagamento nonché all'eventuale reimpiego della somma stessa.

Art. 6.7 - Documentazione da allegare alla denuncia dei Sinistri Fermo per Quarantena o per Lockdown

L'Assicurato (o i suoi aventi causa) deve inviare:

- documentazione attestante il "Fermo Sanitario" o il "Fermo Amministrativo";
- contratto di viaggio (sia quello che è stato interrotto o non utilizzato, sia quello ri-acquistato);
- documento di rimborso effettuato dalla Compagnia Aerea per le tasse aeroportuali (Refund Notice) o la dichiarazione di non volato emessa dalla Compagnia Aerea;
- fatture di spesa relative ai costi di vitto e alloggio sostenute o per servizi fruiti forzatamente;
- documenti attestanti le penali effettivamente sostenute;
- documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori di servizi.

Art. 6.8 – Criteri e Modalità di liquidazione dei sinistri

- a. Le richieste di risarcimento per danni a cose verranno liquidate in base al valore dei beni al momento della perdita e non in base al valore a nuovo o al costo di rimpiazzo, salvo quanto diversamente previsto in polizza.
- b. L'Assicuratore non risponde di perdite o danni causati dalla mancata adozione, da parte dell'Assicurato, di ragionevoli misure atte a salvaguardare i propri beni.
- c. Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro. La Società provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.
- d. Chiunque tenti di avanzare una richiesta di risarcimento fraudolenta o utilizzi mezzi fraudolenti per formulare una richiesta di risarcimento è passibile di azione legale. Inoltre, il sinistro fraudolento non sarà risarcito e la polizza potrà essere annullata.
- e. L'Assicurato deve fornire alla Società tutti i documenti necessari ai fini della gestione del sinistro. Sono a carico della Società gli eventuali costi associati all'acquisizione di tali documenti.
- f. L'Assicurato deve conservare gli eventuali articoli danneggiati e spedirli, dietro richiesta della Società, a:

**INTERNATIONAL CARE COMPANY S.p.A.
Ufficio Sinistri in Via Paracelso 24 – Centro Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)**

Sono a carico dell'Assicurato gli eventuali costi associati.

- g. Su richiesta della Società, l'Assicurato deve accettare di sottoporsi a visita medica. In caso di decesso dell'Assicurato, la Società ha facoltà di richiedere un esame autoptico.
- h. L'Assicurato deve rimborsare alla Società, entro un mese dalla relativa richiesta, qualunque importo liquidato ma non coperto dalla presente polizza.
- i. Il Contraente, l'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, o altro soggetto per conto dei medesimi, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari. L'Assicurato deve in particolare sottoporsi ai controlli medici richiesti dalla Società e fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
- j. Le valutazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio, che non abbia come conseguenza la morte dell'Assicurato, e sulla misura dell'Indennizzo e/o dei rimborsi, sono da eseguirsi in ogni caso in Italia.
- k. In caso di mancato contatto e autorizzazione della Centrale Operativa, per i sinistri relativi alla garanzia **Rimborso spese mediche di emergenza**, con importo superiore ad € 1.000,00 (euro mille) verrà applicato lo scoperto indicato nella "Tabella delle Garanzie".
- l. L'Assicurato deve mettersi in contatto con la Società non appena venga a conoscenza di un qualsiasi evento coperto da questa polizza che possa implicare danni fisici o materiali per altre persone assicurate con la medesima. Nel caso che, a causa di una dichiarazione tardiva, vengano pregiudicati gli interessi della Società, l'Assicurato perderà qualsiasi diritto di risarcimento.

- m. La liquidazione dei sinistri relativi alle garanzie di cui al **Capitolo 2 – Bagagli ed effetti personali** viene effettuato ad integrazione di quanto rimborsato dal vettore aereo, o dall'albergatore responsabile dell'evento, solo successivamente a tale rimborso e fino alla concorrenza della somma assicurata, in base al valore a nuovo per i beni acquistati nuovi nei tre mesi precedenti al danno e di cui sia documentabile con data certa, a mezzo di fattura o ricevuta fiscale, l'acquisto stesso; diversamente il rimborso terrà conto del degrado e stato d'uso. Per i beni acquistati nel corso del viaggio l'eventuale risarcimento verrà corrisposto solo se l'Assicurato sarà in grado di presentare regolare giustificativo di spesa.
- n. Nell'erogare le prestazioni di cui al **Capitolo 1 - Assistenza**, soltanto le autorità mediche della Centrale Operativa di Assistenza sono abilitate a decidere in merito al rimpatrio, alla scelta dei mezzi di trasporto e al luogo di ricovero ospedaliero nonché in merito alla necessità dell'invio di un medico all'estero e, all'occorrenza, si mettono in contatto con il medico curante che è intervenuto sul posto e/o con il medico di base. Le prenotazioni sono effettuate dalla Centrale Operativa di Assistenza, che ha il diritto di richiedere all'Assicurato i titoli di trasporto non utilizzati. L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari alla definizione del sinistro nonché produrre alla stessa, tutta la documentazione relativa al caso specifico liberando, a tal fine, dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso. Le spese di qualsiasi tipo sostenute dall'Assicurato in relazione alle garanzie prestate ai sensi della presente sezione di polizza verranno rimborsate solo se approvate e coordinate dalla Centrale Operativa di Assistenza, salvo le spese effettuate per ragioni di urgenza quando l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza in tempo utile, anche tramite terze persone. In tal caso, fermo restando che graverà sull'Assicurato l'onere di provare l'urgenza delle spese effettuate e l'impossibilità di entrare in contatto con la Centrale Operativa di Assistenza. Tali spese sostenute senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa di Assistenza verranno rimborsate comunque entro la misura strettamente necessaria, a condizione che venga presentata idonea certificazione medica rilasciata in loco e i documenti di spesa, in originale. In mancanza di preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa di Assistenza verrà in ogni caso applicato lo scoperto indicato nella "Tabella delle Garanzie". Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non sia in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche attraverso i documenti di spesa in originale.
- o. ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione e/o garanzia in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- p. le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia e in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.
- q. L'assicurato è tenuto ad inviare alla Società gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codice IBAN).

TABELLA DELLE GARANZIE

I limiti di rimborso indicati per singola prestazione si intendono operanti per persona e per periodo assicurativo.

Resta fermo quanto indicato all'Art. 14.

Per le garanzie di cui ai Capitoli 2, 3 e 4, la somma assicurata è riportata nel Certificato di Assicurazione; qui sono riportati gli eventuali sottolimiti, franchigie o scoperti.

Capitolo 1 – ASSISTENZA		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 1.1 - Rimborso spese telefoniche verso la Centrale Operativa	€ 100,00	
Art. 1.3 - Consulenza medica telefonica	costi effettivi	
Art. 1.4 - Invio di medicinali urgenti all'estero	costi effettivi di invio	
Art. 1.5 - Segnalazione di un medico specialista all'estero	costi effettivi di segnalazione	
Art. 1.6 - Invio di un medico in Italia in caso di urgenza	costi effettivi	
Art. 1.7 - Trasporto dell'assicurato al centro medico più vicino	€ 5.000,00	
Art. 1.8 - Rientro sanitario dell'Assicurato	costi effettivi	
Art. 1.9 - Rientro della salma in caso di decesso dell'Assicurato	costi effettivi	
Art. 1.10 - Spese funerarie	€ 5.000,00	
Art. 1.11 - Spese di viaggio di un familiare in caso di ricovero ospedaliero superiore a 5 gg.	biglietto A/R: costo effettivo spese di pernottamento: € 120,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni	
Art. 1.12 - Assistenza ai minori	biglietto A/R: costi effettivi	
Art. 1.13 - Prolungamento del soggiorno	€ 120,00 al giorno e per un massimo di 10 notti	
Art. 1.14 - Rientro del Viaggiatore Convalescente	costi effettivi	
Art. 1.15 - Spese di prosecuzione del Viaggio dell'Assicurato e dei suoi accompagnatori	costi effettivi, ma entro il limite del costo dell'eventuale rientro alla residenza	
Art. 1.16 - Rientro dei familiari o del compagno di viaggio	costo biglietto di rientro	
Art. 1.17 - Rientro anticipato	costo biglietto di rientro	
Art. 1.18 - Interprete telefonico a disposizione all'estero	€ 1.000,00	
Art. 1.19 - Anticipo cauzione all'estero	€ 25.000,00	
Art. 1.20 - Anticipo spese di prima necessità per eventi di particolare gravità	€ 8.000,00	
Art. 1.21 - Trasmissione di messaggi urgenti	costi effettivi di invio	
Art. 1.22 - Spese di ricerca, soccorso e salvataggio	€ 1.500,00	
Art. 1.23 - Assistenza medica tramite Applicazione DOC 24 (per l'Assicurato)	vedi dettaglio nell'articolo	
Art. 1.24 - Concierge of Life 24 (Assistenza domiciliare per l'Assistito)	vedi dettaglio nell'articolo	
Art. 1.25 - Assistenza al veicolo	soccorso stradale e traino: € 200,00 costi di invio pezzi di ricambio: costi effettivi di invio escluse spese doganali spese soggiorno in albergo: € 120,00 al giorno e per un massimo di 1 notte	

Capitolo 2 – BAGAGLIO ED EFFETTI PERSONALI		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 2.1 - punto 1 - Furto, incendio, rapina, scippo, danneggiamento o mancata riconsegna del bagaglio e degli effetti personali	Per Oggetti di Valore (gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche e audio) il rimborso è limitato cumulativamente al 50% del capitale assicurato.	
Art. 2.1 - punto 2 - Sostituzione del passaporto e dei documenti di viaggio	€ 150,00 per persona	
Capitolo 3 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DI EMERGENZA		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 3.1 – Rimborso spese mediche di emergenza (esclusi punti 1 e 2)		Franchigia assoluta di € 100,00 (non applicata se l'Assicurato fa uso della Tessera Europea di assicurazione Malattia (TEAM) per effettuare il Rimborso delle spese). Scoperto 25% minimo € 100,00, per sinistri di importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancato contatto e autorizzazione della Centrale Operativa.
Art. 3.1 - punto 1 - Rimborso spese per cure dentistiche urgenti e non procrastinabili al rientro presso la residenza dell'assicurato	€ 150,00	Scoperto 25% minimo € 100,00
Art. 3.1 – punto 2 – Rimborso spese mediche sostenute in Italia al rientro al domicilio	€ 500,00	Scoperto 25% minimo € 100,00
Capitolo 4 – INFORTUNI		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 4.5, 4.6 e 4.7 - Invalidità permanente da infortunio		Franchigia 10% (0% per grado di IP superiore al 60%)
Capitolo 5 – FERMO PER QUARANTENA O PER LOCKDOWN		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 5.1 – A. Fermo per Quarantena	€ 1.500,00 per persona € 7.500,00 per pratica di viaggio	
Art. 5.1 – B. Fermo per Lockdown	€ 1.500,00 per persona (punto 2 massimo € 100,00 al giorno) € 7.500,00 per pratica di viaggio	
Capitolo 6 – NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI - ASSISTENZA		
GARANZIE	MASSIMALE/SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIE, SCOPERTI
Art. 6.8 lettera n – Assistenza		Scoperto 25% minimo € 50,00 in caso di mancanza di preventiva autorizzazione della Centrale Operativa (salvo il caso di spese effettuate per ragioni di urgenza)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINI CONTRATTUALI

(ai sensi del Regolamento Europeo in materia di Protezione dei Dati Personali n. 679/2016- GDPR)

INDICE

PREMESSA - PERCHÈ QUESTA INFORMATIVA

1. CHI SIAMO
2. CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI
3. DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE
4. QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?
5. CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?
6. FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE
7. RICHIESTE ALLA SOCIETÀ
8. MODIFICHE
9. DEFINIZIONI

PREMESSA - PERCHÈ QUESTA INFORMATIVA

Gentile Cliente,

per fornirLe i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Tali dati potranno essere forniti direttamente da Lei (per esempio, attraverso il sito www.bene.it "Sito") oppure attraverso altri soggetti. La invitiamo pertanto a leggere attentamente le seguenti informazioni sulla privacy in ottemperanza agli artt. 12, 13 e 14 (nel caso si tratti di dati personali non ottenuti presso l'interessato ma da altre fonti) del Regolamento Generale Europeo sulla Protezione dei dati n. 679/2016 (di seguito anche solo "GDPR"), e successive modifiche ed integrazioni, per comprendere appieno su quali basi vengono raccolti i dati personali, come vengono utilizzati e conservati e a chi sono divulgati, in particolare relativamente a:

- Stipula del contratto e adempimenti obbligatori
- Calcolo dei preventivi
- Assistenza clienti

1 CHI SIAMO

Questa comunicazione viene resa disponibile nella sua qualità di Titolare del trattamento da: **Bene Assicurazioni S.p.A.** (di seguito "Titolare" o "Società"), con sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano, Italia. Bene Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016, è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione IVASS al numero 1.00180 ed è una società soggetta alla direzione e coordinamento di Bene Holding S.p.A, appartenente al Gruppo Assicurativo Bene (di seguito "Gruppo") con numero di iscrizione Albo Gruppi Assicurativi n. 054. Eventuali richieste potranno essere inviate a Bene Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti, via e-mail all'indirizzo clienti@bene.it oppure telefonicamente al numero verde **800 615398**

2 CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI

La Società ha un legittimo interesse a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo a fini amministrativi interni, compreso il trattamento di dati personali dei clienti o dei dipendenti, anche includendoli in database centralizzati. I dati personali potranno essere accessibili da tutte le Società facenti parte del Gruppo e dai soggetti da queste autorizzati al trattamento dei dati nel rispetto dei reciproci accordi di trattamento dei dati.

La Società potrà comunicare inoltre i dati a società o soggetti, esterni rispetto all'organizzazione del Titolare, con i quali la Società abbia concluso appositi contratti di servizi. Tali soggetti agiscono in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento. In particolare, i dati personali potranno essere comunicati:

- a soggetti che appartengono alla c.d. "catena assicurativa", quali assicuratori, co-assicuratori, riassicuratori, officine di riparazione, periti, medici legali, a soggetti che gestiscono le transazioni di pagamento online;
- a soggetti che hanno accesso ai dati in forza di provvedimenti normativi o amministrativi (IVASS, in generale pubbliche autorità di controllo), organismi associativi o consortili (ANIA);

- a Banche e/o Istituti di pagamento;
- a Studi di consulenza legale, amministrativa e fiscale, qualora la comunicazione risulti necessaria o funzionale al corretto adempimento degli obblighi contrattuali assunti in relazione ai servizi prestati.

Per le finalità sopra descritte, i dati possono essere trasferiti anche al di fuori dell'Unione Europea in base a una decisione di adeguatezza della Commissione Europea ovvero mediante garanzie adeguate quali le clausole tipo di protezione dei dati adottate dalla Commissione Europea ovvero le norme vincolanti di impresa ovvero mediante le modalità previste dal GDPR.

È possibile richiedere un elenco aggiornato dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza, in qualità di Titolari autonomi o Responsabili del trattamento contattando il Titolare ai recapiti indicati nell'informativa.

3 DIRITTI PREVISTI DALLA LEGGE

La legge garantisce una serie di diritti relativi ai propri dati personali. La Società si impegna a proteggere i dati personali e a rispettare le leggi in materia di privacy dei dati di volta in volta in vigore. Maggiori informazioni e suggerimenti sui diritti possono ottenersi dall'Autorità nazionale competente per la tutela dei dati personali (www.garanteprivacy.it).

Diritti

Cosa significa?

1. Diritto all'informazione

È il diritto dell'utente di ricevere informazioni chiare, trasparenti e facilmente comprensibili sulle modalità di utilizzo dei suoi dati personali e sui propri diritti. È per tale motivo che vengono fornite le informazioni contenute in questa Informativa.

2. Diritto di accesso

È il diritto dell'utente di ottenere l'accesso ai propri dati (se tali dati sono oggetto di trattamento) e ad altre informazioni (simili a quelle fornite nella presente informativa sulla privacy). Lo scopo è far sì che l'utente sia a conoscenza e possa verificare se i suoi dati personali sono utilizzati in conformità con la legge sulla privacy dei dati.

3. Diritto di rettifica

È il diritto dell'utente di far correggere le informazioni in caso di inesattezza o incompletezza.

4. Diritto di cancellazione o Diritto all'oblio

È il diritto dell'utente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei dati laddove non vi sia alcun motivo valido per continuare a utilizzarli. Non si tratta di un diritto indiscriminato alla cancellazione, in quanto è limitato da eccezioni.

5. Diritto di limitare il trattamento dei dati

È il diritto dell'utente di 'bloccare' o inibire l'utilizzo ulteriore delle informazioni. Quando il trattamento dei dati è limitato, la Società può comunque conservare le informazioni ma non può utilizzarle ulteriormente. La Società conserva elenchi di persone che hanno richiesto il "blocco" di un ulteriore utilizzo delle loro informazioni per garantire che tale vincolo sia rispettato in futuro.

6. Diritto alla portabilità dei dati

È il diritto dell'utente di ottenere e riutilizzare i propri dati personali per le sue finalità in diversi servizi. Ad esempio, se decide di passare a un nuovo fornitore, questo diritto consente di spostare, copiare o trasferire facilmente le informazioni tra i sistemi informatici dell'azienda e i loro sistemi in modo sicuro e protetto, senza comprometterne l'usabilità.

7. Diritto di obiezione al trattamento

È il diritto dell'utente di opporsi al trattamento per finalità di marketing diretto (realizzato solo previo consenso) e anche al trattamento che è eseguito per finalità di tutela di legittimi interessi della Società.

8. Facoltà di avanzare reclami

È il diritto dell'utente di presentare un reclamo sulle modalità con cui la Società tratta o elabora i suoi dati personali presso il garante nazionale per la privacy dei dati.

9. Diritto di revoca del consenso

È il diritto dell'utente di revocare in qualsiasi momento il proprio consenso, precedentemente reso, per lo svolgimento di qualsiasi attività che implichi il trattamento dei propri dati personali. L'esercizio di tale diritto non comporta l'illiceità di quanto realizzato fino a quel momento con i dati personali dell'utente ed il suo consenso al trattamento. Esso può consistere anche nella sola revoca del consenso all'utilizzo dei dati personali per i soli scopi di marketing.

Per maggiori informazioni su come esercitare i diritti, scrivere a clienti@bene.it, contattare il servizio clienti al numero verde **800 615398** oppure scrivere all'indirizzo email di contatto del DPO (Data Protection Officer / Responsabile Protezione Dati) della Società: dpo@bene.it.

4 QUALI DATI PERSONALI VENGONO RACCOLTI E COME SONO UTILIZZATI?

Che cosa sono i dati personali?

I dati personali sono quelle informazioni che, direttamente o indirettamente, permettono di identificare l'utente come persona fisica. Per "direttamente" si intende, per esempio il nome, il cognome e l'indirizzo; per "indirettamente" si intende una fattispecie in cui i dati sono trattati unitamente ad altre informazioni.

4.1 Stipula del contratto e adempimenti obbligatori

Dati raccolti per l'adempimento di obblighi di legge e/o regolamentari (come, ad esempio, la valutazione di adeguatezza del contratto) e/o disposizioni di organi pubblici e pubbliche autorità.

Finalità e base giuridica del trattamento	Raccolta di informazioni a fini contrattuali. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.
Conferimento	Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.2 Calcolo dei preventivi

Dati raccolti per l'invio di informazioni e di preventivi sui servizi assicurativi della Società in risposta a richieste direttamente formulate (attraverso un intermediario della Società ovvero attraverso siti web) e/o per l'eventuale conclusione del contratto di assicurazione) e conseguente gestione ed esecuzione del contratto stesso.

Finalità e base giuridica del trattamento	Raccolta di informazioni precontrattuali al fine del calcolo del preventivo per i servizi assicurativi. La base giuridica è costituita dalla norma di legge e/o il contratto.
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta relativi a termini contrattuali o specifici obblighi di legge.
Conferimento	Il conferimento dei dati necessari a tali finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il consenso degli interessati.

4.3 Assistenza Clienti

Gestione dei sinistri. Ai fini della presentazione e offerta del contratto di assicurazione e/o della conclusione dello stesso non è prevista l'acquisizione di dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato da parte della Società. I dati in questione potrebbero eventualmente essere acquisiti e trattati solo in occasione della denuncia di un sinistro. In tale ipotesi, il trattamento sarà effettuato nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Gestione dei reclami. Nel reclamo potranno essere raccolti i seguenti dati: Nome, Cognome, indirizzo completo dell'esponente; Numero della polizza e nominativo del Contraente; Numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; Indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

Finalità e base giuridica del trattamento	Gestione dei sinistri (obblighi contrattuali, legittimo interesse e nel caso consenso dell'interessato). Gestione reclami (obblighi contrattuali e legittimo interesse)
Periodo di conservazione	Tempistiche compatibili con la finalità della raccolta.
Conferimento	Obbligatorio per poter gestire sinistri e reclami.

5 CON QUALI MODALITÀ SONO UTILIZZATI I DATI PERSONALI?

Il trattamento è effettuato con l'ausilio di strumenti manuali, informatici, elettronici o comunque automatizzati, direttamente dal Titolare o da soggetti terzi (in qualità di titolari autonomi, facenti parte della c.d. catena assicurativa ovvero da soggetti preposti al trattamento dal Titolare). I dati sono trattati per il tempo necessario a conseguire le finalità sopra indicate e nei termini previsti dalla legge o dai provvedimenti del Garante. I dati sono trattati utilizzando misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate al livello di rischio, in modo da ridurne al minimo i rischi di distruzione o perdita, di modifica, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

6 FONDAMENTI GIURIDICI PER L'UTILIZZO DELLE INFORMAZIONI DELL'UTENTE

Quando la Società si basa sui suoi legittimi interessi per raccogliere e utilizzare i dati personali dell'utente,

deve considerare se tali legittimi interessi siano superati dagli interessi dell'utente o da suoi diritti e libertà fondamentali. La Società li può perseguire solo se decide che gli interessi, i diritti e le libertà dell'utente non prevalgono sui legittimi interessi dell'azienda. La Società ha preso in considerazione tali questioni e, laddove ritenga che ci sia il rischio che uno degli interessi o diritti e libertà fondamentali dell'utente possa essere pregiudicato, non utilizzerà i dati personali a meno che non ci sia una diversa base giuridica per farlo (necessaria per l'esecuzione del contratto con l'utente o sulla base del consenso ricevuto dall'utente stesso).

7 RICHIESTE ALLA SOCIETÀ

La Società è tenuta per legge a dare seguito alle richieste e fornire informazioni gratuitamente, tranne nel caso in cui le richieste siano manifestamente infondate o eccessive (specialmente a causa della loro natura ripetitiva), in tal caso la Società potrebbe addebitare un costo ragionevole (tenendo conto dei costi amministrativi necessari per fornire le informazioni o le comunicazioni, o per intraprendere l'azione richiesta), o rifiutarsi di dare seguito alla richiesta.

Si prega di ponderare in modo responsabile la richiesta prima di inoltrarla. La Società risponderà non appena possibile. Generalmente ciò avviene entro un mese dalla ricezione della richiesta, qualora dovesse richiedere più tempo, la Società contatterà l'utente e lo informerà.

8 MODIFICHE

La presente Informativa è in vigore dal 24 maggio 2018. La Società si riserva di modificarne o semplicemente aggiornarne il contenuto, in parte o completamente, anche a causa di variazioni della normativa applicabile. La Società invita l'Interessato a visitare con regolarità il sito www.bene.it per prendere cognizione della più recente ed aggiornata versione dell'Informativa in modo da essere sempre aggiornato sui Dati Personali raccolti e sull'uso che ne fa la Società.

9 DEFINIZIONI

- 1) **«dato personale»**: qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («Interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;
- 2) **«trattamento»**: qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;
- 3) **«titolare del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;
- 4) **«responsabile del trattamento»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;
- 5) **«destinatario»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o un altro organismo che riceve comunicazione di dati personali, che si tratti o meno di terzi. Tuttavia, le Autorità pubbliche che possono ricevere comunicazione di dati personali nell'ambito di una specifica indagine conformemente al diritto dell'Unione o degli Stati membri non sono considerate destinatari; il trattamento di tali dati da parte di dette Autorità pubbliche è conforme alle norme applicabili in materia di protezione dei dati secondo le finalità del trattamento;
- 6) **«terzo»**: la persona fisica o giuridica, l'Autorità pubblica, il servizio o altro organismo che non sia l'Interessato, il titolare del trattamento, il responsabile del trattamento e le persone autorizzate al trattamento dei dati personali sotto l'Autorità diretta del titolare o del responsabile;
- 7) **«consenso dell'interessato»**: qualsiasi manifestazione di volontà libera, specifica, informata e inequivocabile dell'Interessato, con la quale lo stesso manifesta il proprio assenso, mediante dichiarazione o azione positiva inequivocabile, che i dati personali che lo riguardano siano oggetto di trattamento;
- 8) **«violazione dei dati personali»**: la violazione di sicurezza che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata o l'accesso ai dati personali trasmessi, conservati o comunque trattati.



Bene Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Tel +39 02 892 973
Fax +39 02 893 547 15
Email info@bene.it
Pec beneassicurazioni@legalmail.it
www.bene.it



AMITOUR è un prodotto assicurativo sviluppato in
collaborazione con AMI Assistance S.r.l.,
Agenzia di assicurazione iscritta al Registro IVASS RUI Sez. A,
in data 02/04/2007, n. A000137289
Sede Legale Via Paracelso 14 - 20864 Agrate Brianza (MB)-
PIVA: 02337860965
www.amiasistance.it



Assicurazione multirischi viaggi

AGGIORNAMENTO DELLE CONDIZIONI DI
ASSICURAZIONE

AGGIORNAMENTO dell'Edizione 10/2020 a Gennaio 2023

Il Presente Aggiornamento deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto, insieme alle Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario.

Prodotto in convenzione sviluppato per AMI Assistance

Redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico ANIA – Associazione Consumatori – Associazione Intermediari per Contratti semplici e chiari del 6 febbraio 2018

Gruppo assicurativo Bene

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit
Sede Legale e Direzione Generale
Via dei Valtorta, 48 - 20127 Milano (MI)

Codice fiscale e partita IVA n. 09599100964
Capitale sociale 25.199.000 euro i.v.

www.bene.it

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016
Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180
Società soggetta all'attività di direzione e di
coordinamento da parte di Bene Holding S.p.A. -
Appartenente al Gruppo assicurativo Bene
numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

AMITOUR

AGGIORNAMENTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (MOD. AMITO_CGA_2010) EDIZIONE 10/2020

Il presente Aggiornamento **ha validità dalle ore 00.00 dell'1/1/2023** per le persone fisiche che siano assicurate da tale data (non precedentemente) o successivamente e purché rientrino nella definizione di Assicurato presente nel Glossario, anche nel caso in cui la polizza sia stata stipulata prima di tale data.

La definizione di Viaggio/Locazione presente nel Glossario viene così sostituita:

Viaggio/Locazione: La vacanza, il viaggio o il singolo servizio prenotato e per il quale è prestata la presente copertura. La durata massima del singolo viaggio assicurato non potrà essere superiore a 60 (sessanta) giorni. Qualora l'Assicurato, nel corso di validità della presente Polizza, estenda il soggiorno per un periodo di tempo ininterrotto superiore a quanto stabilito al precedente capoverso, tutte le prestazioni conseguenti a sinistri verificatisi successivamente a tali scadenze non sono dovute. Per i viaggi di sola andata, la copertura cessa al momento dell'arrivo presso la destinazione. In ogni caso il Viaggio deve avere come destinazione una località al di fuori del comune di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Il testo dell'Art. 14 viene così sostituito:

Art. 14 – Massimali Assicurati

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

Per coloro che abbiano superato i 75 anni di età, e purché non oltre gli 80 anni di età, per le garanzie del Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza l'esborso massimo per la Società per singolo Assicurato non potrà essere superiore a € 5.000 (euro cinquemila) in caso di malattia, fermi gli altri limiti indicati nella "Tabella delle Garanzie".

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati, l'esborso massimo per la Società non potrà superare € 300.000,00 (euro trecentomila), con il massimo comunque di:

- € 50.000,00 (euro cinquantamila) per le garanzie del Capitolo 2 – Bagaglio ed effetti personali;
- € 150.000,00 (euro centocinquantamila) per le garanzie del Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza;
- € 150.000,00 (euro centocinquantamila) per le garanzie del Capitolo 4 – Infortuni;
- € 60.000,00 (euro sessantamila) per le garanzie del Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown.

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

La seguente **esclusione dell'Art. 19 – Esclusioni valide per tutte le sezioni di polizza:**

in caso di epidemie o di pandemia (dichiarata da OMS), o di quarantene, salvo quanto previsto al Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown; tale esclusione non opera per le garanzie del Capitolo 1 – Assistenza e del Capitolo 3 – Rimborso Spese mediche di emergenza;

viene così sostituita:

in caso di epidemie o di pandemia (dichiarata da OMS), o di quarantene; tale esclusione non opera per le garanzie del Capitolo 1 – Assistenza, del Capitolo 3 – Rimborso Spese mediche di emergenza e del Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown;

Il testo dell'Art. 24 viene così sostituito:

Art. 24 – Limiti di età

Ai fini delle garanzie del Capitolo 3 – Rimborso Spese Mediche di Emergenza, le prestazioni in caso di malattia sono operanti purché l'assicurato al momento della decorrenza della copertura (come indicata all'Art. 2 comma 2) non abbia ancora compiuto gli 80 anni di età. Qualora l'assicurato compia gli 80 anni durante la validità della copertura, tali garanzie rimangono comunque operative fino al termine della stessa.

L'esclusione di cui alla **lettera C dell'Art. 5.2** (Esclusioni valide per il solo Capitolo 5 – Fermo per Quarantena o per Lockdown) si intende eliminata.

Fermo ed invariato il resto.