STUDENT
con annullamento

Termini e condizioni

La Polizza **STUDENT CON ANNULLAMENTO**, assicurata da **Nobis Assicurazioni**, è dedicata ai soggiorni studio e comprende le seguenti garanzie:

- Assistenza h24
- Spese mediche in viaggio con massimali importanti
- Infortuni
- Bagaglio
- Annullamento
- Responsabilità Civile



Modalità Operativa:
L'adesione alla polizza deve essere abbinata ad un viaggio per motivi di studio ed effettuata contestualmente alla data di prenotazione del viaggio o al più tardi entro le ore 24.00 del giorno successivo alla prenotazione stessa.

Limite di età: nessun limite di età ad eccezione della Garanzia infortuni per la quale vi è un limite di 74 anni
Durata: viaggio con un massimo di 30 giorni
Validità territoriale: Mondo

Ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni, esclusioni, franchigie e termini di denuncia sinistro. Vi invitiamo a leggere con attenzione limiti comuni e specifici riportati nelle condizioni di Assicurazione.

Assistenza in viaggio:

Centrale Operativa 24h su 24h

Italia 800.894123
Estero +39 039.9890.702

In caso di assistenza in viaggio è obbligatorio rivolgersi alla Centrale operativa prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale.

Per denunciare un sinistro:

1 Avvisare Centrale Operativa

Italia 800.894123
Estero +39 039.9890.702

2 Inviare denuncia per iscritto

www.nobis.it -> sezione "denuncia On-line"

Termini e condizioni
Student con Annullamento

Di seguito sono elencate le garanzie operanti in favore dell'Assicurato e le somme assicurate.
Si rammenta che i dettagli di ogni singola garanzia operante sono contenuti nelle Condizioni di Assicurazione, delle quali la presente Scheda costituisce parte integrante.

GARANZIE	GARANZIE OPERANTI		SOMME ASSICURATE
	SI	*NO*	
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi in Italia)	**X**		**€ 1.000,00**
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi in Europa)	**X**		**€ 15.000,00**
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi nel Mondo)	**X**		**€ 100.000,00**
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi USA & Canada)	**X**		**€ 250.000,00**
CAPITOLO 2 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE COVID	**X**		**€ 100,00 max 10 gg**
CAPITOLO 3 – INDENNITA' DA CONVALESCENZA	**X**		**€ 1.500,00**
CAPITOLO 4 - ASSISTENZA ALLA PERSONA	**X**		**Vedi Condizioni di assicurazione**
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi in Italia)	**X**		**€ 1.000,00**
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi in Europa)	**X**		**€ 1.000,00**
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi nel Mondo - USA & Canada)	**X**		**€ 1.000,00**
CAPITOLO 6 - ANNULLAMENTO VIAGGIO ALL RISK	**X**		**€ 8.000,00**
CAPITOLO 7 - ANNULLAMENTO VIAGGIO per RITARDATA PARTENZA		X	
CAPITOLO 8 - RIPETIZIONE VIAGGIO		X	
CAPITOLO 9 - RITARDO VOLO		X	
CAPITOLO 10 - RIPROTEZIONE VIAGGIO		X	
CAPITOLO 11 - INFORTUNI	**X**		**€ 50.000,00**
CAPITOLO 12 - TUTELA LEGALE		X	
CAPITOLO 13 - RESPONSABILITA' CIVILE	**X**		**€ 50.000,00**
CAPITOLO 14 - ASSISTENZA AL VEICOLO		X	
CAPITOLO 15 - ASSISTENZA DOMICILIARE		X	
CAPITOLO 16 – INTERRUZIONE VIAGGIO A SEGUITO QUARANTENA		X	
CAPITOLO 17 – ASSISTENZA ALL'ABITAZIONE		X	
CAPITOLO 18 – PERDITA DEL VOLO IN CONNESSIONE		X	

Di comune accordo tra le parti si prende atto delle seguenti variazioni:

ART 6.3 – Massimale, scoperto e franchigie relativo alla garanzia Annullamento Viaggio viene così integralmente sostituito:

ART 6.3 - MASSIMALE, SCOPERTO, FRANCHIGIE

o più persone collegate oggettivamente dall'acquisto dello stesso viaggio prenotato dal Contraente. Si intendono inclusi, sempreché siano stati inseriti nel costo complessivo del viaggio assicurato, i costi di gestione pratica, gli adeguamenti carburante già previsti alla data di emissione della polizza (purché risultanti dall'estratto conto di prenotazione) e il costo dei visti.
Sono sempre escluse le tasse aeroportuali qualora siano rimborsabili.
Gli indennizzi avverranno previa deduzione del seguente scoperto:
- 20% da calcolarsi sulla penale applicata con un minimo di € 50,00 nei casi in cui la penale sia pari o superiore al 90%;
- 15% da calcolarsi sulla penale applicata con un minimo di € 50,00 per tutti gli altri casi.

Lo scoperto non verrà applicato nei casi di Decesso o ricovero ospedaliero.
La presente condizione è valida a partire dalle prenotazioni del 01/05/2022.

Di comune accordo tra le parti si prende atto delle seguenti variazioni:

ART. 4.13 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE
In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare o per un'altra persona designata dall'Assicurato.
La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.
La prestazione è da intendersi operante anche per malattia senza ricovero o quarantena disposta da autorità nel caso in cui l'assicurato sia un minore di anni 18

FILO DIRETTO TRAVEL

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

Nota Informativa Filo diretto Travel mod. 6003-WI (ed. 2018-12) – Ultimo aggiornamento 04/12/2018

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo del 17 settembre 2005 n. 209 ed in conformità al Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010.

La presente *Nota Informativa* è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.
Il presente contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salva la facoltà del contraente di concordare con l'Impresa la redazione in altra lingua.

A) INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) Informazioni generali

- Denominazione sociale, forma giuridica dell'Impresa e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., società iscritta alla Sez. 1 dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115, società del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi, con sede legale sita in Italia, 10071 Borgaro Torinese (TO), Via Lanzo n. 29 e Direzione Generale sita in Italia, 20864 Agrate Brianza (MB), Centro Direzionale Colleoni, Via G.B. Colleoni n. 21, tel: 039.9890.001 mail: assicurazioni@nobis.it – pec: nobisassicurazioni@pec.it. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al contraente da parte dell'Impresa e pubblicate sul sito internet aziendale: www.nobis.it

- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 3 novembre1993 n. 258). Iscritta alla Sez. I dell'Albo delle imprese al n. 1.00115

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni relative alla situazione patrimoniale dell'Impresa, così come previste dal Reg. ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, sono indicate nell'apposito documento riepilogativo allegato alla scheda di polizza.
Per ogni aggiornamento relativo allo stato patrimoniale ed ogni modifica delle norme contenute nel presente Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it.

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente.
Avvertenza: il contraente potrà disdire il contratto, mediante lettera raccomandata AR spedita alla sede di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. almeno 30 giorni prima della scadenza. In caso di disdetta, per la quale il contraente non sosterrà alcun onere aggiuntivo, verranno meno gli effetti del contratto, così come previsto dalle norme vigenti. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Durata del contratto – Tacito Rinnovo*" contenuto nell'Allegato n.1 alla scheda di polizza.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto presenta una serie di garanzie preposte alla tutela di coloro che viaggiano, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente prima e durante i viaggi, quali le spese per il pagamento di penali in caso di cancellazione del viaggio, il furto e lo smarrimento del bagaglio, le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario. Il tutto completato da prestazioni di Assistenza alla persona e al veicolo, garanzie di Responsabilità Civile, Tutela legale, Ripetizione Viaggio e Ritardo Volo, che rendono ancora più globale l'offerta. Si rammenta come le coperture effettivamente acquistate verranno indicate all'interno della polizza sottoscritta (c.d. scheda di polizza), condizione peraltro essenziale per l'operatività delle stesse.

Avvertenza: le coperture assicurative previste sono soggette a limitazioni ed esclusioni ovvero a condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Esclusioni e limiti specifici per la garanzia …*" per le esclusioni proprie di ciascuna garanzia ovvero, ove presente, all'articolo "*Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie*" per gli aspetti di dettaglio propri di ciascuna delle sezioni nelle quali è articolato il contratto.

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali, meglio definiti nel glossario presente nelle Condizioni di Assicurazioni, nella misura risultante nelle Condizioni di Assicurazione e dalla scheda di polizza e con le seguenti modalità:

Franchigia: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, un importo predeterminato in numero assoluto rimane a carico dell'assicurato (es: Euro 50,00);

Scoperto: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, una percentuale predeterminata rimane a carico dell'assicurato (es: 20% del danno);

Massimale: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, l'indennizzo corrisposto dall'Impresa non potrà eccedere la somma di denaro predeterminata (es: Euro 5.000,00)

Si ricorda altresì di verificare quanto disposto dall'articolo rubricato "*Clausola di cumulo*".
Si ricorda come, ai sensi del presente contratto, non possono essere assicurati i soggetti non residenti in Italia.

4) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: qualora il contraente/assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti in merito alle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, queste potrebbero comportare effetti in ordine alla prestazione resa dall'Impresa. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio*" per gli aspetti di dettaglio.

5) Aggravamento e diminuzione del rischio

Il contraente/assicurato dovrà dare comunicazione scritta a mezzo racc. AR di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione "*Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio*" per gli aspetti di dettaglio.
A titolo esemplificativo e non esaustivo si possono indicare le seguenti ipotesi che concorrono alla modificazione del rischio: cambio di tipologia di viaggio da "turismo classico" a viaggi in moto nel deserto" o cambio di destinazione sulla prevalenza della programmazione dichiarata " soggiorno e tour in Tunisia" piuttosto che "soggiorno e tour in Brasile".
Aumento delle penali applicate in base a servizi che abbiano penali più alte o addirittura al 100% da subito.

6) Premio

Per aderire al contratto il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento del premio in più rate.
L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 5 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso autorizzato dall'Impresa.

7) Rivalse

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di rivalsa in capo all'Impresa, ovvero la possibilità per l'assicuratore di rivalersi verso i terzi responsabili del danno, dopo la liquidazione dello stesso. L'assicurato dovrà avere cura di verificare gli aspetti di dettaglio nell'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Rivalsa*"

8) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di recesso in capo al Contraente, all'Impresa ovvero ad entrambi. Il Contraente dovrà avere cura di verificare nell'articolo di riferimento, rubricato "*Recesso in caso di sinistro*", i termini e le modalità per l'esercizio di tale diritto.

9) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti dell'assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questi azione.
Si richiama l'attenzione del contraente/assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

10) Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. applica al contratto che sarà stipulato la Legge Italiana.
Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

11) Regime fiscale

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge in ordine al presente contratto sono a carico del contraente.

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12) Sinistri – Liquidazione del sinistro

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere particolari modalità e termini per la denuncia del sinistro, il mancato rispetto dei quali può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla liquidazione del sinistro.
Avvertenza: il momento di insorgenza del sinistro dovrà essere ricercato:

- nel caso di malattia: nel momento di individuazione di ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, tramite i più opportuni accertamenti clinico - diagnostici del caso;
- nel caso di infortunio: al verificarsi di un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Resta salva la successiva valutazione in merito all'indennizzabilità del sinistro medesimo.
Il contratto di assicurazione, altresì, potrà prevedere eventuali costi in capo all'assicurato, all'Impresa ovvero ad entrambi per la ricerca e la stima del danno. L'assicurato dovrà avere cura di verificare negli articoli di riferimento gli aspetti di dettaglio relativi alle procedure liquidative.

Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltreché per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo.

In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato.

Parimenti – ove al concretizzarsi di uno degli eventi richiamati in questa sede non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente – l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovverosia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto.

Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'art. 12 ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

Al verificarsi di uno degli eventi previsti nell'art. 12, il Contraente si impegna a manlevare l'Impresa da ogni pretesa – anche economica – che dovesse essere avanzata dalla propria clientela in caso di richiesta di attivazione della garanzia "Annullamento viaggio", posto che i sinistri che colpiscono la garanzia in parola trovano diretta ed esclusiva origine dall'applicazione della penale di recesso dal contratto di viaggio da parte del Contraente medesimo.

13) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni – Via G.B. Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it, sezione "*guida reclami*", "*come presentare un reclamo*") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, compreso quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 e successive modificazioni, secondo le modalità dagli stessi indicate. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14) Arbitrato

Avvertenza: il presente contratto assicurativo potrà prevedere – ove espressamente regolamentato all'interno del dettato normativo - la possibilità per l'assicurato e/o per l'Impresa di ricorrere alla procedura arbitrale per la risoluzione di eventuali controversie tra le parti.
Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

15) Avvertenza in caso di contratto con vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza

Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:

1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Fascicolo Informativo e la documentazione di cui all'art. 10 comma 1 del Regolamento ISVAP n. 34 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;
2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza
3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;

Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente la Impresa indica al contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta al viaggio organizzato dal contraente e regolarmente comunicata all'Impresa purché sia residente in Italia;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

Atti di terrorismo: un'azione di pubblico dominio – comprendente gravi forme di violenza illegittima contro una comunità (o parte di essa) e i relativi beni – finalizzata a incutere terrore nei membri di una collettività organizzata e/o a destabilizzarne l'ordine costituito e/o a limitare le libertà individuali (compresa quella di culto), mediante attentati, rapimenti, dirottamenti di aerei, di navi etc. e atti simili purché idonei a mettere in pericolo la vita degli individui;

Avaria: il danno subito dal bagaglio per rottura, collisione, urto contro oggetti fissi o mobili.

Bagaglio: i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'assicurato porta con sé in viaggio.

Centrale Operativa: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, 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;

Compagno di viaggio: La persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell' Assicurato stesso.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

Day hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto.

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russia.

Estero: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro;

Furto: è il reato previsto dall'art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri;

Guasto: il danno subito dal veicolo per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti (con esclusione di qualsiasi intervento di ordinaria manutenzione), tali da renderne impossibile per l'assicurato l'utilizzo in condizioni normali;

Impresa: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;

Incendio: la 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;

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.

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;

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 15.03.2010 n. 38;
Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.
Malattia: ogni alterazione dello stato dì salute non dipendente da infortunio.
Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.
Massimale somma fino a concorrenza della quale la Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.
Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;
Mondo: tutti i paesi del mondo;
Nucleo Famigliare: Il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.
Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;
Premio definitivo: L'ammontare del premio di polizza dovuto dal contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza;
Premio minimo: L'ammontare del premio di polizza dovuto in ogni caso dal contraente alla Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza;
Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona;
Residenza : il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;
Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;
Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;
Servizi Turistici: Passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc venduti dal contraente all'assicurato;
Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Spese di soccombenza: spese che la parte soccombente è condannata a rimborsare alla parte vittoriosa nel procedimento civile;
Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo;
Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non ché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
Usa e Canada: Il territorio degli Stati Uniti d'America e il Canada
Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private. Il veicolo assicurato è quello identificato in polizza e deve intendersi nuovo ovvero immatricolato da non più di sei mesi alla data di effetto della polizza;
Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari dell'Assicurato organizzato dal Contraente; il viaggio/locazione inizia successivamente al momento del check-in (se con volo aereo), dell'ingresso in hotel/appartamento (se solo soggiorno), dell'imbarco (se con nave o traghetto), dell'accomodarsi in carrozza (se con treno).

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante legale
dr. Giorgio Introvigne

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE FILO DIRETTO TRAVEL

Condizioni di Assicurazione Filo diretto Travel Mod. 6003-WI (ed. 2018-12) – Ultimo aggiornamento 04/12/2018

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

La presente sezione è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 1.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, conseguenti a infortunio o malattia, occorsi durante il periodo di validità della garanzia.
La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di infortunio o malattia;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti all' infortunio denunciato o malattia) entro il limite di € 2.500,00 per Assicurato.
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti all' infortunio denunciato o malattia) entro il limite di € 1.000,00
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 200,00 per Assicurato;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 5.000,00

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza; la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.
Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.
Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.
Esclusivamente per i viaggi di studio qualora sia il docente accompagnatore a provvedere al pagamento delle spese mediche per conto dello studente Assicurato, l'Impresa provvederà a rimborsargli l'importo previo rilascio di adeguata liberatoria da parte dello studente Assicurato.

ART. 1.2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 50,00 che rimane a carico dell'Assicurato.
Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 70,00.
Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

ART. 1.3 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.
Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso;
Qualora l'Assicurato intendesse avvalersi di strutture ospedaliere/medici che non fanno parte della Rete Convenzionata dell'Impresa l'esborso massimo di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. non potrà superare l'importo di € 50.000,00 fermo restando il limite del massimale indicato in polizza.
Nel limite del massimale indicato in polizza, per i residenti in Italia con area di destinazione del viaggio

Italia, l' Impresa rimborserà all'Assicurato le spese mediche sostenute derivanti da infortunio.
In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato. La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 30 giorni complessivi di degenza ospedaliera.
Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 2.21, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.
Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito.

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

ART. 2.2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

ART. 2.3 - 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, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.
In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

ART. 2.4 - SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO

Quando successivamente ad una consulenza medica (vedi prestazione "Consulenza medica telefonica) emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

ART. 2.5 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

ART. 2.6 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, 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. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.
A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:
- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.
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. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.
Per i soli viaggi di studio è previsto il rimborso al docente delle eventuali spese, preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, sostenute per l'eventuale rientro dello studente Assicurato e comunque entro il limite di € 750,00.

ART. 2.7 - RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO
In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

ART. 2.8 - TRASPORTO DELLA SALMA
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e **prendendo in carico le spese** necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

ART. 2.9 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE
In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare.
La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

ART. 2.10 - 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 mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio.
La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

ART. 2.11 - RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE
Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti la Centrale Operativa organizzerà e 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).
La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.

ART. 2.12 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO
La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, i famigliari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

ART. 2.13 - INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO
La Centrale Operativa provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, infortunio o di malattia, all'inoltro a destinazione di medicinali indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

ART. 2.14 - INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO
La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e l'Impresa se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00.

ART. 2.15 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'
Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 8.000,00 a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito**.**

ART. 2.16 - RIENTRO ANTICIPATO
La Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati.
Qualora non fosse possibile effettuare un'immediata valutazione del caso, al fine di verificare l'effettiva sussistenza di un imminente pericolo di vita, l'Impresa si riserva di rimborsare l'importo dei titoli di viaggio successivamente alla verifica della documentazione prodotta dall'Assicurato che attesti la riconducibilità del caso alla fattispecie assicurata.
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. 2.17 - SPESE TELEFONICHE/
L'Impresa prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00.

ART.2.18 – SPESE PER TAXI (valida esclusivamente per viaggi di studio)
L'Impresa provvederà a rimborsare al docente le eventuali spese di Taxi necessarie per accompagnare/o raggiungere lo studente assicurato presso l'ospedale dove è ricoverato entro il limite di € 60,00 in Italia e di € 120 all'Estero.

ART. 2.18 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI
Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

ART. 2.19 - SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO
In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso sono garantite fino ad un importo di € 1.500,00 per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

ART. 2.20 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO
L'Impresa anticiperà all'Estero, fino ad un importo di € 25.000,00 la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione

penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra. Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

ART. 2.21 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.
Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.
Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario (art. 2.6), l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa.
Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa.
Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

ART. 2.22 - RESPONSABILITÀ

L'Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni Generali e particolari e a seguito di:
- disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

ART. 2.23 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

L'Assicurato è tenuto a consegnare all'Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

SEZIONE 3 – BAGAGLIO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L' Impresa garantisce entro i massimali indicati in polizza:
- il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie, e mancata riconsegna da parte del vettore.
- entro i predetti massimali, ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese per rifacimento/duplicazione del passaporto, della carta d'identità e della patente di guida di autoveicoli e/o patente nautica in conseguenza degli eventi sopradescritti;
- entro i predetti massimali ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese documentate per l'acquisto di indumenti di prima necessità e generi di uso personale sostenute dall'Assicurato a seguito di furto totale del bagaglio o di consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

ART. 3.2 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA BAGAGLIO

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia i danni derivanti da:

a) dolo, colpa, incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;
b) insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;
c) le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;
d) furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni. Si esclude inoltre il furto dalle ore 20 alle ore 7 se il bagaglio non è posto a bordo di veicolo chiuso a chiave in parcheggio custodito;
e) denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio;
f) i gioielli, pietre preziose, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso lasciati incustoditi.
g) i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.).
h) i beni che, diversi da capi di abbigliamento e dalle valige, borse e zainii siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;
Ferme le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di € 300,00 per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche.
I corredi fotocineottici (obbiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie ecc.) sono considerati quali unico oggetto.

ART. 3.3 - CRITERI DI RISARCIMENTO
Il rimborso avverrà al valore a nuovo per i beni comprovatamente (fattura o ricevuta fiscale) acquistati nuovi nei tre mesi precedenti al danno, 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

ART. 3.4 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alla competente Autorità facendosi rilasciare l'originale. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo, la denuncia va effettuata all'apposito ufficio aeroportuale (LOST & FOUND) facendosi rilasciare il PIR (PROPERTY IRREGULARITY REPORT). 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 necessaria alla valutazione del sinistro

SEZIONE 4 – ANNULLAMENTO VIAGGIO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 4.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa indennizzerà, in base alle condizioni della presente polizza, l'Assicurato ed un solo compagno di viaggio purché assicurato ed iscritto allo stesso viaggio, il corrispettivo di recesso derivante dall'annullamento dei servizi turistici, determinato ai sensi delle Condizioni Generali di contratto, che sia conseguenza di circostanze imprevedibili al momento della prenotazione del viaggio o dei servizi turistici determinate da:

- decesso, malattia o infortunio dell'Assicurato o del Compagno di viaggio del loro coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati, Socio contitolare della Ditta dell'Assicurato o del diretto superiore, di gravità tale da indurre l'Assicurato a non intraprendere il viaggio a causa delle sue condizioni di salute o della necessità di prestare assistenza alle persone sopra citate malate o infortunate.
  danni materiali all'abitazione, allo studio od all'impresa dell'Assicurato o dei suoi familiari che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza;
- impossibilità dell'Assicurato a raggiungere il luogo di partenza a seguito di gravi calamità naturali dichiarate dalle competenti Autorità;
- guasto o incidente al mezzo di trasporto utilizzato dall'assicurato che gli impedisca di raggiungere il luogo di partenza del viaggio;

- citazione in Tribunale o convocazione a Giudice Popolare dell'Assicurato, avvenute successivamente alla prenotazione;
- furto dei documenti dell'Assicurato necessari all'espatrio, quando sia comprovata l'impossibilità materiale del loro rifacimento in tempo utile per la partenza
- impossibilità di usufruire da parte dell'Assicurato delle ferie già pianificate a seguito di nuova assunzione o licenziamento da parte del datore di lavoro;
- impossibilità di raggiungere la destinazione prescelta a seguito di dirottamento causato da atti di pirateria aerea;
- impossibilità ad intraprendere il viaggio a seguito della variazione della data: della sessione di esami scolastici o di abilitazione all'esercizio dell'attività professionale o di partecipazione ad un concorso pubblico;

In caso di sinistro che coinvolga più Assicurati iscritti allo stesso viaggio, l'Impresa rimborserà tutti i familiari aventi diritto e uno solo dei compagni di viaggio alla condizione che anch'essi siano assicurati.

ART. 4.2 – MASSIMALE, SCOPERTO, FRANCHIGIA

L'assicurazione è prestata fino al costo totale del viaggio entro il massimale per Assicurato indicato nella scheda di polizza e con il limite di € 50.000 per evento (i.e. fatto che colpisce una o più persone collegate oggettivamente dall'acquisto dello stesso viaggio, che deve essere prenotato presso il medesimo operatore professionale) e per polizza.

Si intendono inclusi, sempreché siano stati inseriti nel costo complessivo del viaggio assicurato, i costi di gestione pratica, le fees di agenzia, gli adeguamenti carburante già previsti alla data di emissione della polizza (purché risultanti dall'estratto conto di prenotazione) e il costo dei visti. Sono sempre escluse le tasse aeroportuali.

Gli indennizzi avverranno previa deduzione del seguente scoperto:

- 30% da calcolarsi sulla penale applicata con un minimo di € 50,00 nei casi in cui la penale sia superiore al 90%;
- 20% da calcolarsi sulla penale applicata con un minimo di € 50,00 per tutti gli altri casi.

Lo scoperto non verrà applicato nei casi di Decesso o ricovero ospedaliero.

ART. 4.3 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso è obbligato, entro le ore 24 del giorno successivo al giorno dell'evento (intendendosi per tale il manifestarsi delle cause che determinano l'annullamento del viaggio), a fare immediata denuncia telefonica contattando il numero verde 800.894124 oppure al numero 039/9890.703 attivo 24 ore su 24 o ad effettuare la Denuncia On-Line mezzo internet sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line" seguendo le relative istruzioni.

L'Assicurato è altresì obbligato a comunicare l'annullamento del viaggio o dei servizi turistici acquistati al Tour Operator organizzatore e/o all'Agenzia di Viaggio presso la quale si è conclusa la prenotazione.

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni di rinunciare al viaggio per malattia o infortunio, senza ricovero ospedaliero, la Centrale Operativa provvederà, con il consenso dell'Assicurato, ad inviare gratuitamente il proprio medico fiduciario al fine di certificare che le condizioni dell'Assicurato siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e per consentire l'apertura del sinistro attraverso il rilascio da parte del medico dell'apposito certificato. In questo caso il rimborso verrà effettuato applicando la franchigia indicata nell'articolo 4.2.

L'Impresa, a fronte della sopracitata richiesta da parte dell'Assicurato, si riserva il diritto eventualmente di non inviare il proprio medico fiduciario; in questo caso l'apertura del sinistro verrà effettuata direttamente dal medico della Centrale Operativa. Anche in questo caso il rimborso verrà effettuato con l'applicazione della franchigia indicata nell'articolo 4.2.

Qualora l'Assicurato non consenta all'Impresa di inviare gratuitamente il proprio medico fiduciario al fine di certificare che le condizioni dell'Assicurato siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e/o non denunci il sinistro entro le ore 24.00 del giorno successivo il giorno dell'evento (mezzo internet o telefonicamente), lo scoperto a suo carico sarà pari al 35% tranne nei casi di morte o ricovero ospedaliero.

L'Assicurato deve consentire all'Impresa 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.

L'inadempimento di tali obblighi e/o qualora il medico fiduciario dell'Impresa verifichi che le condizioni dell'Assicurato non siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e/o in caso di mancata

produzione da parte dell'assicurato dei documenti necessari all'Impresa per la corretta valutazione della richiesta di rimborso possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
IMPORTANTE: L'indennizzo spettante all'Assicurato è pari al corrispettivo di recesso (cioè alla penale prevista dal contratto di viaggio, nel caso di cancellazione dello stesso), calcolato alla data in cui si è manifestato l'evento, ovvero il verificarsi delle circostanze che hanno determinato l'impossibilità ad intraprendere il viaggio. L'eventuale maggior corrispettivo di recesso, addebitato dal Tour Operator in conseguenza di un ritardo da parte dell'Assicurato nel segnalare l'annullamento del viaggio al Tour Operator resterà a carico dell'Assicurato.

ART. 4.4 - DIRITTO DI SUBENTRO
Per ogni annullamento viaggio di cui all'articolo 4.1 - Oggetto dell'assicurazione, soggetto a corrispettivo di recesso superiore al 50%, l'Assicurato riconosce espressamente che la proprietà ed ogni diritto connesso allo stesso si intendono trasferiti all'Impresa che ne potrà disporre liberamente sul mercato acquisendone in via definitiva e senza richiesta alcuna di risarcimento da parte dell'Assicurato, gli eventuali corrispettivi che ne dovessero derivare.

SEZIONE 5 – ANNULLAMENTO VIAGGIO A SEGUITO DI RITARDATA PARTENZA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa rimborserà all'Assicurato il 60% della quota di partecipazione al viaggio (escluse le quote di iscrizione/spese di apertura pratica, le tasse aeroportuali rimborsabili, i visti e i premi assicurativi), qualora l'Assicurato decida di non partecipare al viaggio stesso in seguito ad un ritardo del volo di partenza di almeno 8 ore complete. L'assicurazione interviene in caso di ritardo del volo, nel giorno della partenza, calcolato sulla base dell'orario ufficiale comunicato al viaggiatore con il foglio notizie o con il fax di convocazione dovuto a motivi imputabili alla Compagnia aerea o al Tour Operator o a cause di forza maggiore quali scioperi, intasamenti aeroportuali, o tempo inclemente.

ART 5.2 – CLAUSOLA DI CUMULO
Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 25.000,00 per evento.
Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 5.3 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ANNULLAMENTO VIAGGIO
La garanzia non è operante quando il volo previsto è stato definitivamente cancellato e non riprotetto e quando la data di rientro prevista, risultante dalla prenotazione iniziale, viene posticipata.
Il rimborso e' previsto solo nei casi in cui la variazione dell'orario di partenza non sia stata ufficializzata dalla Compagnia aerea o dal Tour Operator nelle 24 ore precedenti la partenza stessa.

SEZIONE 6 – RIPETIZIONE VIAGGIO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 6.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa mette a disposizione dell'Assicurato e dei familiari che viaggiano con lui, purchè assicurati, un importo pari al valore in pro - rata del soggiorno non usufruito dall'Assicurato a causa dei seguenti eventi:

a) Utilizzo delle prestazioni "Trasporto Sanitario Organizzato", "Trasporto della salma" e "Rientro Anticipato" che determini il rientro alla residenza dell'Assicurato;
b) Decesso o ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni di un familiare dell'Assicurato;
c) Decesso o ricovero ospedaliero superiore alle 24 ore dell'Assicurato.

L'importo verrà messo a disposizione dell'Assicurato esclusivamente per l'acquisto di un viaggio organizzato dal Contraente. L'importo in pro - rata, non cedibile e non rimborsabile dovrà essere utilizzato entro 12 mesi dalla data di rientro.

SEZIONE 7 – RITARDO VOLO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 7.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ritardata partenza del volo di andata o di ritorno (esclusi i ritardi subiti negli scali intermedi e/o coincidenze), superiore alle 8 ore complete l'Impresa liquida un'indennità all'Assicurato entro il massimale indicato nella scheda di polizza.
Il calcolo del ritardo verrà effettuato in base all'effettivo orario di partenza ufficializzato dal vettore, rispetto all'ultimo aggiornamento dell'orario di partenza comunicato ufficialmente dal Contraente all'Assicurato presso l'agenzia di viaggi o corrispondente locale, fino a sei ore precedenti l'orario di prevista partenza.
La garanzia è valida per i ritardi dovuti a qualsiasi motivo esclusi i fatti conosciuti o avvenuti od a scioperi conosciuti o programmati fino a sei ore precedenti l'orario di prevista partenza.
Il Contraente e l'Assicurato si impegnano a corrispondere alla Società gli importi recuperati nei confronti di qualsiasi soggetto e ente in relazione agli eventi oggetto della copertura. La garanzia è operante solo nel caso in cui i biglietti di viaggio siano stati emessi dal Contraente.

ART. 7.2 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INDENNIZZO PER RITARDO VOLO

La garanzia non è operante quando il volo previsto è stato definitivamente cancellato e non riprotetto e la data di rientro prevista, risultante dalla prenotazione iniziale, viene posticipata.
La garanzia non è operante se l'Assicurato decide di rinunciare al viaggio rendendo operativa l'eventuale garanzia "**Annullamento del Viaggio a seguito di ritardata partenza**".

SEZIONE 8 – TUTELA LEGALE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio

ART. 8.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa assume a proprio carico, nei limiti del massimale per Assicurato indicato nella scheda di polizza ed alle condizioni previste nella presente polizza, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali come di seguito indicate:
a. le spese per l'intervento di un legale
b. le spese peritali
c. le spese di giudizio nel processo penale
d. le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dall'Impresa, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato esclusivamente per eventi non dolosi, avvenuti all'estero e verificatosi in relazione alla partecipazione dell'Assicurato al viaggio e/o soggiorno e più precisamente per :

I. danni subiti dall'Assicurato in conseguenza di fatti o atti illeciti di terzi;
II. formulazione di denuncia-querela, con successiva costituzione di parte civile nell'instaurando giudizio in sede penale;
III. controversie per danni cagionati a terzi in conseguenza di fatti o atti dell'Assicurato o di Persone delle quali debba rispondere a norma di legge;
IV. difesa penale per reato colposo o contravvenzionale per atti commessi o attribuiti;

ART. 8.2 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA TUTELA LEGALE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia:

- il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- gli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
- le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario.
- le spese per controversie di natura contrattuale relative al contratto di assicurazione o di viaggio nei confronti dell'Impresa e del Contraente.

ART. 8.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire all'Impresa tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari. In ogni

caso l'Assicurato deve trasmettere all'Impresa, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro.

ART. 8.4 - GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato, dopo aver fatto all'Impresa la denuncia del sinistro, nomina per la tutela dei suoi interessi un legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio o hanno sede gli Uffici Giudiziari competenti, segnalandone immediatamente il nominativo all'Impresa. L'Impresa, preso atto della designazione del legale assume a proprio carico le spese relative. L'Assicurato non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in corso di causa senza il preventivo benestare dell'Impresa pena il rimborso delle spese da questa sostenute. L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione necessaria - relativi al sinistro - regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore.
Copia di tale documentazione e di tutti gli atti giudiziari predisposti dal legale devono essere trasmessi all'Impresa. Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, l'Impresa tiene indenne l'Assicurato limitatamente ai primi due tentativi. In caso di disaccordo tra l'Assicurato e l'Impresa in merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata ad un arbitro designato di comune accordo tra le Parti o in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente.
Ciascuna delle Parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quali che sia l'esito dell'arbitrato. L' Impresa avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

SEZIONE 9 – RESPONSABILITA' CIVILE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio

ART. 9.1 - OGGETTO DELLA GARANZIA

L'Impresa terrà indenne l'Assicurato, per le somme che lo stesso dovrà corrispondere, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per i danni involontariamente cagionati a terzi quali morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentalmente verificatosi in relazione alla sua partecipazione al viaggio e/o soggiorno.
L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere. Qualora l'Assicurato sia contraente di altro contratto di assicurazione per i medesimi rischi di responsabilità, la presente garanzia opera in eccedenza a detto contratto ("secondo rischio").

ART. 9.2 - MASSIMALE E FRANCHIGIA

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale per evento e per Assicurato indicato nella Scheda di polizza.
In ogni caso resta a carico dell'Assicurato una franchigia fissa di € 250,00 per sinistro.

ART. 9.3 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

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

ART. 9.4 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia:

- provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga;
- da furto e da incendio;
- da circolazione di veicoli a motore, nonché di navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;

- alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà dell'Assicurato o da lui detenuti;
- a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titoli ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- derivanti da interruzioni di attività;
- provocati a persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno stesso in occasione di lavoro o servizio;
- inerenti all'attività professionale dell'Assicurato;
- derivanti da inquinamento;
- derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria o di commercio;
- conseguenti e inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali;
- derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria.

ART. 9.5 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato si obbliga a non transigere con terzi danneggiati nè accettare il riconoscimento di responsabilità senza il preventivo benestare dell'Impresa;
Si obbliga invece a denunciare con precisione i fatti (indicando le generalità di danneggiati e testimoni), le date ed i luoghi e, comunque, a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al sinistro.

SEZIONE 10 – ASSISTENZA AL VEICOLO

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.
Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito

Le seguenti prestazioni si intendono operanti 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 purchè in paesi dell'Unione Europea.

ART. 10.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Centrale Operativa le prestazioni indicate nel successivo articolo 10.2, previste in caso di guasto o incidente occorsi al veicolo, restando inteso che tutte le spese conseguenti alla riparazione del veicolo (per guasto e/o incidente, furto) saranno comunque sempre a carico dell'Assicurato.

ART. 10.2 - SOCCORSO STRADALE E TRAINO

Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o a incidente, la Centrale Operativa invierà 24 ore su 24 e l'Impresa terrà a carico il relativo costo, il mezzo di soccorso sul luogo dell'immobilizzo, per trainare l'auto al piu' vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina piu' vicina o eventualmente per effettuare sul posto piccoli interventi che permettano all'auto 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 l'auto rimane immobilizzata in autostrada in Italia, l'Assicurato dovrà far intervenire i mezzi di soccorso autorizzati, comunicandolo successivamente per telefono alla Centrale Operativa. Tale comunicazione è obbligatoria per poter usufruire del rimborso del soccorso, da parte della Centrale Operativa al ricevimento della ricevuta emessa dal soccorritore autorizzato.

ART. 10.3 - INVIO PEZZI DI RICAMBIO

La Centrale Operativa 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.

ART. 10.4 - RITORNO ALLA RESIDENZA E/O ABBANDONO DEL VEICOLO
La Centrale Operativa organizzerà il ritorno fino alla residenza dell'Assicurato, del veicolo a seguito di guasto, incidente, ritrovamento dopo furto che comportino più di 5 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, il tutto nel limite di costo per l'Impresa pari al valore del veicolo dopo il sinistro. Saranno a carico dell'Impresa le spese di custodia del veicolo dal momento del sinistro e fino al ritorno, con il massimo di € 50,00. Nel caso le spese preventivate per le riparazioni siano antieconomiche o comunque superiori al valore del veicolo dopo il sinistro, la garanzia non sarà operante e l'Impresa si limiterà a tenere a suo carico le spese di abbandono legale.

ART. 10.5 - PROSECUZIONE DEL VIAGGIO
Qualora il veicolo risultasse indisponibile, per guasto, incidente, ritrovamento dopo furto, per un periodo superiore a 3 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri un titolo di trasporto (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la località di destinazione. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

ART. 10.6 - RIENTRO DELL'ASSICURATO E DEGLI ALTRI PASSEGGERI
Qualora l'Assicurato non abbia usufruito delle prestazioni di cui al precedente articolo 10.5 la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri, un titolo di trasporto per il ritorno alla residenza (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la residenza. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

ART. 10.7 - PRESA IN CARICO DELLE SPESE DI RECUPERO VEICOLO
Qualora l'Assicurato non fosse in grado di rientrare al proprio domicilio con il veicolo oggetto di guasto o incidente, a seguito di uno degli eventi di cui agli articoli 10.4, 10.5, 10.6, la Centrale Operativa metterà a disposizione, a riparazioni effettuate, un titolo di trasporto di sola andata per consentire all'Assicurato stesso di recarsi nel luogo ove si trova il veicolo per il suo recupero.

ART. 10.8 - SPESE DI ALBERGO
Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o incidente e la riparazione può avvenire solo il giorno successivo, oppure è stata rubata costringendo i passeggeri che si trovano lontani dal proprio domicilio ad una sosta forzata, l'Impresa terrà a proprio carico il soggiorno in albergo per tutti gli occupanti dell'auto per un pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di € 100,00 a persona. Le spese diverse da quelle sopra indicate rimangono a carico dell'Assicurato.

ART. 10.9 - AUTISTA
La Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per sostituire l'Assicurato malato o infortunato e sempre che non vi sia a bordo nessun altro eventuale passeggero munito di patente di guida. L'autista è a disposizione per un massimo di tre giorni per condurre nel più breve tempo possibile il veicolo dell'Assicurato alla prima destinazione originaria del viaggio ovvero alla residenza dell'Assicurato.

ART. 10.10 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE
In caso di incidente stradale del veicolo assistito, la Centrale Operativa potrà anticipare l'importo della cauzione per libertà provvisoria del conducente fino a concorrenza di € 5.000,00 contro garanzie bancarie ritenute adeguate dalla Centrale Operativa. L'importo anticipato, nel caso il conducente venga trattenuto dall'Autorità Giudiziaria in seguito a condanna, a mancata comparizione o in ogni altro caso, dovrà essere rimborsato alla Centrale Operativa entro 2 mesi dall'anticipo.

ART. 10.11 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA AL VEICOLO
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia:
- i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni;
- i veicoli di peso superiore a 35 quintali;

- i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;
- i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico;
- i sinistri avvenuti in paesi non appartenenti all'Unione Europea.

SEZIONE 11 – ASSISTENZA DOMICILIARE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza.
Le attività di servizio inserite nella garanzia assistenza sono offerte a titolo gratuito

Per i familiari dell'Assicurato (coniuge/convivente, genitori, fratelli, figli, suoceri, generi, nuore, nonni) che rimangono in Italia, le seguenti prestazioni decorrono dal giorno di partenza del viaggio dell'Assicurato e hanno validità fino al rientro dello stesso**.**
Per gli Assicurati le seguenti prestazioni decorrono dal giorno di partenza del viaggio, hanno validità esclusivamente in Italia per 365 giorni.

ART. 11.1 - CONSULTI MEDICI TELEFONICI

L'Impresa tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

ART. 11.2 - INVIO DI UN MEDICO IN CASO DI URGENZA

L'Impresa, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.
In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendono necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso. L'Impresa informerà tempestivamente l'Assicurato circa le condizioni di salute del familiare aggiornando tempestivamente tali informazioni sino al rientro dell'Assicurato dal viaggio.

ART. 11.3 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

Previo contatto con la centrale Operativa, nel limite del massimale per Assicurato di € 1.000,00 verranno rimborsate le spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di prima necessità.
La presente garanzia è valida esclusivamente per i famigliari dell'Assicurato che rimangono a casa e decorre dal giorno della partenza del viaggio dell'Assicurato e scade al rientro del viaggio.

ART. 11.4 - TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

L'Impresa, tramite la Centrale Operativa, qualora il paziente necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza a proprio carico il trasferimento, inviando direttamente l'autoambulanza e sostenendo le spese di trasporto sino a un massimo di 200 Km. di percorso complessivo (andata/ritorno).

ART. 11.5 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Qualora il paziente a seguito di malattia o infortunio necessita dell'assistenza domiciliare d'infermieri generici e/o specializzati a domicilio, la Centrale Operativa provvede alla ricerca ed all'invio del personale tenendo a proprio carico i relativi costi entro il limite di € 1.000,00.
La presente garanzia è valida esclusivamente per i famigliari dell'Assicurato che rimangono a casa e decorre dal giorno della partenza del viaggio dell'Assicurato e scade al rientro del viaggio.

ART. 11.6 - CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio del paziente e quindi in farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

ART. 11.7 - GESTIONE GRATUITA DELL'APPUNTAMENTO

La Centrale Operativa mette a disposizione la propria banca dati relativa alla rete sanitaria convenzionata. Qualora il paziente necessiti di informazioni o di un appuntamento per un esame, visita, ricovero e' sufficiente che contatti la Centrale Operativa. In funzione delle specifiche esigenze relative al tipo di esame

o visita da effettuare, il giorno e l'ora desiderata, la zona e la tariffa, la Centrale Operativa seleziona, utilizzando la banca dati, i medici e/o i centri convenzionati che rispondono alle necessità del paziente ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, fissa l'appuntamento per nome e per conto del paziente stesso.

ART. 11.8 - RETE SANITARIA CONVENZIONATA
La Centrale Operativa, tramite accordi stipulati con cliniche, poliambulatori, studi medici, strutture sanitarie in genere a livello nazionale, garantisce l'utilizzo di tale rete per visite specialistiche, esami diagnostici o di laboratorio e ricoveri, il tutto con tariffe concordate e scontate, con un canale preferenziale d'accesso.

SEZIONE 12 - INFORTUNI

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 12.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
La Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati indicati nella scheda di polizza qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino:

- morte;
- invalidità permanente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca 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 e che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte oppure l'invalidità permanente. La garanzia si intende valida anche per gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti 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.

ART. 12.2 - CAPITALI ASSICURATI E CUMULO
I Capitali assicurati per Assicurato sono quelli indicati sulla Scheda di polizza. Le garanzie prestate sono:

- Caso morte
- Caso invalidità permanente

I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio l'Impresa 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 andrà a coprire la differenza fino al massimale assicurato.
Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 300.000,00 per polizza e per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 12.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI
Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato all'Impresa, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa.
L'Assicurato è comunque tenuto ad inviare per iscritto denuncia all'Intermediario cui è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro cinque giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art.1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari indicati, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

ART. 12.4 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA
L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'Art.1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 12.5 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la garanzia non è operante per 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. 12.6 - CRITERI DI INDENNIZZO

Caso Morte:

qualora si verifichi un infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati indicati nella scheda di polizza, o in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi.

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

Morte presunta:

qualora il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e le autorità competenti ne avessero dichiarato la morte presunta, l'Impresa provvederà al pagamento della somma assicurata prevista in caso di morte.

Invalidità Permanente:

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 alla applicazione della franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

ART. 12.7 - FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 10 punti percentuali dell'invalidità permanente totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 5 punti percentuali. Resta inteso che per percentuali di invalidità permanente superiori al 75% la franchigia non verrà applicata.

SEZIONE 13 – RITARDO VOLO E PERDITA DEL VOLO IN CONNESSIONE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 13.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa rimborserà all'Assicurato entro il massimale indicato nella scheda di polizza, le spese di acquisto di un biglietto in classe economica di ritorno al luogo di partenza del suo viaggio, oppure le spese per l' acquisto di un nuovo biglietto in classe economica che gli permetta di raggiungere la destinazione finale del viaggio, nel caso di perdita della connessione con il volo successivo al primo previsto dal biglietto, per una delle seguenti cause:

- Ritardi, Diniego all'imbarco, cancellazione all'ultimo momento sul primo volo (oppure nei successivi voli, nel caso ci sia più di una connessione), dovuto a cause imprevedibii (problemi tecnici all'aeromobile o a condizioni meteorologiche avverse incompatibili con l'esecuzione del volo o a decisioni prese dalle Autorità aeronautiche sul traffico aereo) non riconducibili/imputabili alla volontà dell'Assicurato o all'organizzatore del viaggio, o alle imprese di servizio subappaltate da quest'ultimo e che impedisca all'Assicurato di imbarcarsi sul successivo volo chiuso in connessione.
- Perdita o smarrimento del bagaglio da parte del vettore aereo, regolarmente registrato, verificatesi durante il primo volo che impedisca all'Assicurato di potersi imbarcare sul successivo volo in connessione

Le garanzie sono operanti esclusivamente nel caso di perdita di connessione di voli nei quali le compagnie aeree che operino su uno e l'altro volo non siano le stesse, né appartengano alla medesima alleanza aerea.

Nel caso in cui il responsabile del ritardo, della cancellazione del volo, della perdita o smarrimento del bagaglio registrato, indennizzi l'Assicurato, Il risarcimento sarà liquidato, ad integrazione di quanto eventualmente rimborsato dal responsabile dell'evento, fino alla concorrenza della somma assicurata.

ART. 13.2 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RITARDO VOLO E PERDITA DEL VOLO IN CONNESSIONE

Sono escluse dalla garanzia i casi in cui:

- la Compagnia aerea responsabile si incarica del trasporto dell'Assicurato al punto di partenza del viaggio o alla destinazione finale dei voli in connessione prenotati;
- i ritardi/cancellazioni siano stati provocati come conseguenza di scioperi o siano attribuibili al funzionamento o all'organizzazione interna dell'Organizzatore del viaggio o della Compagnia Aerea, oppure al funzionamento o all' organizzazione delle imprese di servizi subappaltate da ambedue;
- i voli siano operati dalla stessa Compagnia aerea o alla medesima alleanza aerea.

SEZIONE 14 – ANNULLAMENTO ESCURSIONE PER MALATTIA INFORTUNIO A BORDO DELLA NAVE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 14.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa indennizzerà, in base alle condizioni della presente polizza il 70% dell'importo delle escursioni e con il limite di € 500,00 per Assicurato, prenotate e pagate contestualmente alla prenotazione del viaggio per rinuncia alle stesse durante la crociera causata da malattia, infortunio o decesso, debitamente certificate dal medico di Bordo, che colpisca l'Assicurato, un suo famigliare in crociera o un Compagno di crociera.

Sono ammesse al risarcimento le sole escursioni prenotate e pagate contestualmente alla prenotazione, del viaggio.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 1 – ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi, atti di terrorismo ad eccezione delle garanzie di Assistenza e Spese mediche;
- terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato all'adesione alla polizza.
- suicidio o tentativo di suicidio;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- 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;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), quarantene;
- pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, sci alpinismo, 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, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m; uso di moto d'acqua e guidoslitte;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
- gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- parto (anticipato, prematuro o meno) svoltosi nel corso del viaggio;
- svolgimento di attività che implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

Sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.
Non è consentita la stipulazione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti salvo le polizze in "° rischio.
L'applicazione deve essere emessa per la destinazione che comprenda tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre.
L'applicazione non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come il contratto di assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza. Eventuali sinistri verificatisi successivamente alla data di emissione della polizza/applicazione non verranno presi in carico dall'Impresa.
La polizza è valida esclusivamente se abbinata ad un servizio turistico venduto dallo stesso operatore professionale che ha emesso l'applicazione e l'evento che ha originato il sinistro deve avvenire esclusivamente durante il periodo di fruizione del servizio turistico stesso. Sono esclusi tutti in sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico acquistato dall'Assicurato presso l'agenzia di viaggi che ha venduto/incluso la presente polizza.
Relativamente alla vendita di servizi di trasporto la polizza è valida durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione.
Relativamente alla garanzia annullamento viaggio sono esclusi i sinistri relativi a coperture di servizi turistici non acquistati dall'Operatore/Agenzia che ha emesso l'applicazione.
Sono altresì esclusi i sinistri relativi ad applicazioni non emesse in base alle regole della presente polizza.
Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel sito http://watch.exclusive-analysis.com/jccwatchlist.html che al momento dell'emissione della polizza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "3.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

ART. 2 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

ART. 3 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La garanzia Annullamento Viaggio decorre dalla data d'iscrizione al viaggio o dal momento dell'adesione alla polizza mediante il pagamento del premio assicurativo da parte dell'Assicurato e/o del contraente e termina il giorno della partenza al momento in cui l'Assicurato inizia a fruire del primo servizio turistico fornito dal Contraente.
La copertura Annullamento Viaggio può essere emessa esclusivamente fino a 30 giorni prima della partenza e l'adesione deve avvenire contestualmente alla data di prenotazione del viaggio o al più tardi entro le ore 24.00 del giorno successivo alla prenotazione stessa. Le altre garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi, comunque al trentesimo giorno dalla data inizio viaggio ad eccezione di quelle garanzie che seguono la specifica normativa indicata nelle singole sezioni.

Si ricorda come, ai sensi del presente contratto, non possono essere assicurati i soggetti non residenti in Italia.

ART. 4 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto all'Impresa secondo le modalità previste alle singole garanzie. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subìto il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione. Nel caso di viaggi in aereo, treno, pullman o nave, l'assicurazione è valida dalla stazione di partenza (aeroportuale, ferroviaria, ecc. del viaggio organizzato) a quella di arrivo alla conclusione del viaggio.
Nel caso di viaggio in auto o altro mezzo non sopracitato, l'assicurazione è valida ad oltre 50 Km dal luogo di residenza.
Si ricorda come, ai sensi del presente contratto, non possono essere assicurati i soggetti non residenti in Italia.

ART. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato l'Impresa 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, l'Impresa 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.
L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

ART. 7 – LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell'Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.
Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

ART. 8 – LEGGE - GIURISDIZIONE

Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

ART. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione.
La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso

ART. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente si impegna:
- a consegnare, a tutti gli Assicurati, in formato cartaceo e prima della sottoscrizione del contratto IL Set informativo relativo alla presente polizza.;
- a pubblicare nel proprio sito la sintesi delle garanzie assicurative previste dalla presente polizza.

ART. 11 - CLAUSOLA DI CUMULO

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00 per evento.
Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 12 – MANCATO PAGAMENTO – ANCHE PARZIALE – DEL PREMIO

Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltreché per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo.
In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato.
Parimenti – ove al concretizzarsi di uno degli eventi previsti nel presente articolo non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente – l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

ART. 13 – EFFETTI NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO

Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovverosia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto.
Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo che precede ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

ART. 14 – SPECIFICHE RELATIVE ALLA GARANZIA "ANNULLAMENTO VIAGGIO"

(articolo operante ove la garanzia sia prevista in polizza**)**
Al verificarsi di uno degli eventi previsti nell'art. 12 che precede, il Contraente si impegna a manlevare l'Impresa da ogni pretesa – anche economica – che dovesse essere avanzata dalla propria clientela in caso di richiesta di attivazione della garanzia "Annullamento viaggio", posto che i sinistri che colpiscono la garanzia in parola trovano diretta ed esclusiva origine dall'applicazione della penale di recesso dal contratto di viaggio da parte del Contraente medesimo.

COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

Assistenza

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

dall'Estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando la numero + **39/039/9890.702** comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome
- Numero di polizza
- Motivo della chiamata
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarVi.

Altre garanzie

Tutti i sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero 039/9890.712 e per la garanzia Annullamento Viaggio al numero verde 800.894124.**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via G.B. Colleoni, 21 – Centro Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

In base alle norme generali e quelle che regolano ciascuna prestazione, occorre specificare correttamente il danno subito ed, al fine di accelerare i tempi di liquidazione, occorre allegare alla denuncia del sinistro la documentazione indicata in ciascuna prestazione assicurativa e di seguito riassunta:

IN CASO DI ASSISTENZA ALLA PERSONA

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;

IN CASO DI SPESE MEDICHE

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

IN CASO DI FURTO O DANNO AL BAGAGLIO

- biglietto aereo (unitamente al contrassegno del bagaglio);
- denuncia con il visto dell'Autorità di polizia del luogo dove si è verificato il fatto, riportante le circostanze del sinistro e l'elenco degli oggetti rubati, il loro valore e la data di acquisto;
- reclamo presentato al vettore o all'albergatore eventualmente responsabile;
- lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso;
- fatture, scontrini dei beni acquistati o perduti (in mancanza elenco, data, luogo d'acquisto e il loro valore);
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti di identità se sostenute;
- fatture di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista del settore.
- Nel caso di mancata consegna e/o danneggiamento dell'intero bagaglio o di parte di esso consegnato al vettore aereo, P.I.R (rapporto irregolarità bagaglio) effettuato immediatamente presso l'ufficio aeroportuale;

IN CASO DI ANNULLAMENTO VIAGGIO

- In caso di malattia o infortunio, certificato medico attestante la data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia, la diagnosi specificata e i giorni di prognosi;
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di decesso, il certificato di morte;
- in caso di incidente al mezzo di trasporto copia della constatazione amichevole di incidente (C.I.D) e/o verbale dei vigili;
- estratto conto di conferma prenotazione al viaggio;
- fattura relativa alla penale addebitata;
- programma e regolamento del viaggio;
- ricevute (acconto, saldo, penale) di pagamento del viaggio;
- documenti di viaggio
- Contratto di prenotazione del viaggio
- Per i cittadini di nazionalità diversa da quella italiana, l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere copia del certificato di residenza.

In caso di penale addebitata dal vettore aereo:

- conferma dell'acquisto del biglietto o documento analogo;
- ricevuta di pagamento del biglietto;
- dichiarazione del vettore aereo attestante la penale addebitata;
- originale del biglietto aereo.

IN CASO DI RESPONSABILITA' CIVILE

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno determinato il danno a terzi e, copia della denuncia presentata all'autorità competente;
- richiesta di risarcimento dei danni da parte del terzo danneggiato;
- eventuale documentazione fotografica dei beni o delle parti di beni danneggiati.

IN CASO DI TUTELA GIUDIZIARIA

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno determinato il danno;
- eventuale copia della denuncia presentata all'Autorità competente;
- le spese legali e peritali documentate.

IN CASO DI ASSISTENZA AL VEICOLO

- Copia libretto di circolazione
- originali dei documenti di spesa sostenuti

IN CASO DI RITARDO VOLO

- contratto di viaggio sottoscritto in agenzia;
- estratto conto di prenotazione (o iscrizione) del Tour Operator ;
- ultimo foglio di convocazione;
- eventuale dichiarazione del vettore in merito al ritardo aereo;
- tagliandi aerei e carta di imbarco.

NOTA IMPORTANTE

- Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.

L'Impresa 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.**

- E' necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

Ricordarsi che il diritto all'indennizzo si prescrive trascorsi due anni dall'ultima richiesta scritta pervenuta all'Impresa in merito al sinistro. (art. 2952 Codice Civile).

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Per eventuali reclami scrivere a
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Via G.B. Colleoni, 21
20864 Agrate Brianza – MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:
IVASS – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELLA SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, La informiamo che Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia") intende trattare dati personali che La riguardano, nell'ambito delle attività a Lei prestata dalla Compagnia.

1. Titolarità e contatti

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO). E' possibile contattare i responsabili dei trattamenti e il responsabile della protezione dati (DPO) presso la Direzione Risorse Umane, via G.B. Colleoni, 21 20864 Agrate Brianza (MB).

2. Trattamenti e finalità

I dati personali, con riferimento anche a dati di natura particolare (c.d. sensibili) definiti tali ai sensi della normativa vigente, forniti o acquisiti, saranno utilizzati per:

a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati personali è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta;

b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati personali necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce;

c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso;

d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento IVASS 35/2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso.

3. Profilazione

Le attività di profilazione, definite tali ai sensi dell'art.4 del reg. UE 2017/679 svolte sono unicamente asservite alla esecuzione dei trattamenti attinenti le pratiche assicurative di cui al punto (a) del paragrafo 2 nonché rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti di cui al punto (c) e all'esecuzione di attività di contatto per promuovere offerte di prodotti della Compagnia di cui al punto (d) del paragrafo 2.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti. I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e autocarrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;

ISO 9001:2015
NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi
NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

5. Tipologia dei dati trattati, localizzazione dei dati e dei trattamenti, periodo di conservazione dei dati

In relazione alle finalità descritte, l'utilizzo dei dati personali è limitato ai soli dati necessari alla conclusione e gestione dei trattamenti previsti con la presente informativa.

I trattamenti avvengono mediante elaborazioni manuali e strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo logiche di elaborazione e conservazione strettamente correlate alle finalità stesse o dettate da leggi e disposizioni delle Autorità e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali contro i rischi di accesso e divulgazione impropri nonché la loro distruzione al cessare della finalità, fatti salvi eventuali obblighi di conservazione derivanti da indicazioni normative o delle Autorità.

I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione tramessa, indicazioni delle Autorità.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato, in relazione ai predetti trattamenti, può esercitare i diritti di accesso, revoca, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità, opposizione con riferimento alla vigente normativa in materia di privacy. Per l'esercizio dei diritti sopracitati l'interessato potrà rivolgersi, mediante raccomandata AR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente.

Fascicolo Informativa Filo diretto Travel Mod. 6003-WI (ed. 2018-12) – Ultimo aggiornamento 04/12/2018