

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE



Contratto individuale di durata temporanea

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2025

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti semplici e chiari”



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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura la persona per i Rischi attinenti alla circolazione stradale.



Che cosa è assicurato?

GARANZIE SEMPRE PRESENTI

- ✓ **Assistenza:** prevede le prestazioni Consulenza medica, Invio di un medico o di una ambulanza in Italia, Segnalazione di un medico specialista all'estero, Rientro sanitario, Trasferimento verso centro ospedaliero attrezzato, Rientro con un compagno di viaggio assicurato, Rientro degli altri assicurati, Viaggio di un familiare, accompagnamento dei minori, Rientro dell'assicurato convalescente, prolungamento del soggiorno, Proseguimento del viaggio, Interprete a disposizione all'estero, Anticipo spese di prima necessità, Rientro anticipato, Anticipo cauzione penale, Spese telefoniche.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche:** spese mediche/farmaceutiche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del Viaggio.

GARANZIE OPZIONALI

- ✓ **Danni ai Beni:** sono assicurati i danni materiali e diretti subiti dai Beni Assicurati in caso di eventi che possano accadere in Viaggio: furto, furto con destrezza, rapina/estorsione, scippo, incendio, mancata riconsegna o danneggiamento da parte dell'albergatore o vettore.
- ✓ **Infortunati:** la Garanzia copre gli Infortuni verificatisi in Viaggio e che determinino l'Invalidità Permanente, la Morte e la Morte Presunta.
- ✓ **Assistenza Domiciliare Integrata in Italia:** la prestazione è fornita qualora l'Assicurato sia ricoverato in un Istituto di Cura in seguito a Malattia improvvisa e/o Infortunio. Comprende l'ospedalizzazione domiciliare, i Servizi sanitari ed i Servizi non sanitari.



Che cosa non è assicurato?

PER INFORTUNI E TUTELA LEGALE:

- ✗ Non Danni derivanti da fatti dolosi del Contraente.



Ci sono limiti di copertura?

! **Con riferimento alla Garanzia Assistenza:** ogni tipo di servizio può essere erogato per un massimo di **tre volte** durante il Periodo di Durata dell'Assicurazione. Se l'Assicurato necessita del rientro sanitario, un compagno di viaggio assicurato può rientrare con lui, e l'Assicuratore copre il costo di un biglietto ferroviario di prima classe o di un aereo di classe economica. Analogamente, se altri assicurati che viaggiavano con l'Assicurato non possono rientrare con il mezzo inizialmente previsto, l'Assicuratore fornisce un biglietto ferroviario di prima classe o un aereo di classe economica. Nel caso di ricovero dell'Assicurato per più di 7 giorni, l'Assicuratore copre il viaggio di andata e ritorno (treno prima classe o aereo classe economica) per un familiare designato e un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo con categoria massima di 4 stelle. In caso di necessità di **anticipo spese di prima necessità**, l'importo massimo anticipabile sul posto è di **€250,00**, con importi superiori soggetti a garanzie adeguate da fornire in Italia. Per l'**anticipo cauzione penale**, il limite massimo è di **€2.500,00**, anche in questo caso con importi superiori soggetti a garanzie in Italia. Qualora le condizioni di salute non permettano il rientro nella data prestabilita, l'Assicuratore può coprire un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo 4 stelle massimo fino al giorno in cui il rientro sia possibile. Se l'Assicurato desidera proseguire il viaggio anziché rientrare, l'Assicuratore copre i costi di un biglietto ferroviario di prima classe o aereo di classe economica per sé o i compagni assicurati.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale, tranne che per le limitazioni territoriali previste per singole garanzie, per i sinistri avvenuti in tutto il mondo, ad eccezione comunque per i seguenti Paesi:
Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Groenlandia, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.
- ✓ Inoltre, le prestazioni non sono fornite in quei Paesi che si trovano in stato di belligeranza (dichiarata o di fatto), inclusi quelli con un grado di rischio uguale o superiore a 4.0 secondo il sito di Europ Assistance (<https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza>), o di cui la condizione di belligeranza sia stata resa pubblica.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del Contratto, hai il dovere di rilasciare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul Rischio da assicurare.
- In corso di Contratto, hai il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni, tue o dell'Assicurato se diverso, inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione.
- In caso di Sinistro, tu o l'Assicurato se diverso o gli aventi diritto dovete darne avviso alla Compagnia entro 3 giorni e fornire la documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio unico ed anticipato, il cui importo è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata massima dell'Assicurazione è di sessanta giorni e cessa alla scadenza senza tacito rinnovo.

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento del Premio o della prima rata di Premio.

Qualora il contratto sia stato concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto).



Come posso disdire la polizza?

Qualora il contratto sia stato concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, Il Contraente ha la facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica certificata.

Polizza individuale di durata temporanea

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

Net Insurance S.p.A.

ViaggioSicuro

Ed. 06/2025

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



Scopo

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

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

Società

Net Insurance S.p.A. – Società per Azioni facente parte del Gruppo Assicurativo Poste Vita – Albo Gruppi Assicurativi IVASS n. 43 – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 – Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; e-mail: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98.621.883 e il risultato economico di periodo ammonta a € 8.955.594.

L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 181,64%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2024 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Per tutte le garanzie l'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Per aspetti di dettaglio delle singole Garanzie:

Assistenza: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 20, pag. 8/24.

Rimborso Spese Mediche: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 24, pag. 14/24.

Danni ai Beni: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 27 pag. 17/24.

Infortunati: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 31, pag. 19/24.

Assistenza domiciliare integrata in Italia: si rinvia alle Condizioni di Assicurazione, Art. 37, pag. 23/24.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, sono presenti le seguenti esclusioni comuni per le Garanzie Assistenza, Rimborso Spese Mediche, Danni ai Beni, Infortunati e Assistenza Domiciliare integrata in Italia:

L'assicurazione **non copre sinistri derivanti da eventi catastrofici o di natura bellica**, come guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse, insurrezioni, saccheggi, atti di terrorismo e vandalismo, alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici con caratteristiche di calamità naturali, o fenomeni legati a trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni artificiali. Le prestazioni non sono inoltre fornite in Paesi in stato di belligeranza dichiarata o di fatto, o dove siano in atto tumulti popolari, o dove le autorità locali/internazionali impediscano l'attività di assistenza diretta.

Sono esclusi i sinistri causati da **azioni o condizioni dell'Assicurato**, inclusi dolo o colpa grave, tentato suicidio o suicidio, ubriachezza, abuso di psicofarmaci, o uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni, nonché la partecipazione dell'Assicurato a delitti commessi o tentati.

Le garanzie non operano per **condizioni mediche preesistenti o specifiche patologie**, come malattie croniche o quelle in atto alla partenza, malattie mentali e disturbi psichici, malattie legate alla gravidanza oltre la 26ª settimana o al puerperio, infezione da HIV, aborto volontario non terapeutico, espanto o trapianto di organi, e viaggi intrapresi specificamente

per trattamenti medico-chirurgici. Inoltre, sono escluse cure o eliminazione di difetti fisici, malformazioni congenite, applicazioni estetiche (salvo interventi ricostruttivi post-infortunio/malattia), cure infermieristiche integrative (salvo supporto di base ospedaliero), fisioterapiche, termali e dimagranti, cure dentarie non dovute a infortunio, acquisto/riparazione di occhiali, lenti a contatto, apparecchi ortopedici/protesici, visite di controllo in Italia per malattie iniziate in viaggio, ricoveri solo per accertamenti ambulatoriali, e operazioni chirurgiche/accertamenti medici non causati da infortunio.

Attività sportive o pericolose sono generalmente escluse, tra cui gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relativi allenamenti, sport professionali o che comportano attività estreme e atti di temerarietà (incluse gare podistiche), guida di veicoli o natanti a motore senza abilitazione (salvo patente scaduta con requisiti di rinnovo), uso di deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii, sport aerei in genere, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino (sci/idrosci), alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kitesurfing, immersioni con autorespiratore (salvo bob, kitesurf e immersioni con autorespiratore se svolte a carattere ricreativo e occasionale), pugilato, lotta, arti marziali, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia. Sono anche escluse attività che comportano l'uso di mine, armi, sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi, cave e attività estrattive.

Sono inoltre presenti esclusioni specifiche:
 Per le **Spese Mediche**, sono esclusi i rimborsi per spese superiori a €1.000,00 se pagate in contanti, spese di trasporto/trasferimento al luogo di alloggio dell'Assicurato, e spese sostenute senza previa autorizzazione della Struttura Organizzativa (salvo oggettiva impossibilità).
 Per i **Danni ai Beni**, sono esclusi denaro, carte, assegni, francobolli, biglietti di viaggio, souvenir, monete, opere d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, documenti diversi da carta d'identità, passaporto e patente di guida, casco, attrezzature professionali, telefoni cellulari, lettori MP3, personal computer, tablet, danni da dolo dell'Assicurato, danni ad attrezzature sportive durante l'utilizzo, beni diversi dai "Beni Assicurati" e danni indiretti.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte maggiori informazioni per Franchigie, Scoperti e limiti di Indennizzo.

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo
Responsabilità Civile verso Terzi	Responsabilità Civile della Vita Privata e della Proprietà "Seconda Casa", Franchigia di € 100,00 per ogni Sinistro a Cose	Per i Danni provocati a terzi da cani non in regola con la normativa vigente, Scoperto del 20% con un massimo di € 5.000,00	--	<ul style="list-style-type: none"> • Limite 50% Massimale per Danni fisici ai Collaboratori addetti ai servizi domestici; • Indennizzo fino a € 50.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo, con Franchigia di € 1.500,00 per Sinistro nel quale i figli minori dell'Assicurato sono considerati terzi fra di loro quando accidentalmente fratello o sorella si causino una lesione corporale da cui derivi un'Invalidità permanente.; • Limite € 300.000,00 per Responsabilità Civile dell'Assicurato per Danni materiali e diretti causati alle Cose di terzi da Incendio, Implosione, Esplosione e Scoppio da proprietà o condizione; • Limite € 50.000,00 con Scoperto 10% minimo di € 500,00 per Responsabilità Civile dell'Assicurato da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività; • Limite € 50.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo per Danni conseguenti a inquinamento accidentale dell'acqua e/o del suolo.
	Per i Danni fisici tra fratelli e sorelle minori (Invalidità permanente), Franchigia di € 1.500,00 per Sinistro	Per i Danni da interruzioni o sospensioni di attività, resta a carico dell'Assicurato uno Scoperto pari al 10% con il minimo di € 500,00 per Sinistro		
Tutela Legale e Cyber Risk				Garanzia danni subiti (Cyber Risk): opera solo nei casi di rinvio a giudizio del terzo . Garanzia acquisti sui portali (Cyber Risk): copre spese se il valore in lite è pari o superiore a € 200 Garanzia vertenze con i fornitori di servizi web (Cyber Risk): copre spese se il valore in lite è pari o superiore a € 200



A chi è rivolto questo prodotto?

Il contratto è rivolto ai viaggiatori per turismo o studio per la protezione della salute e del patrimonio.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte del Premio imponibile, percepita in media per l'intermediazione assicurativa in valore percentuale, è pari al 30,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere presentati per iscritto (e-mail/PEC, posta, fax) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it • Posta: NET INSURANCE S.p.A. – C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA • Fax: +39 06 89326.570 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Come da normativa vigente.
---	----------------------------

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Sommario

PREMESSA	2
CONTATTI UTILI	3
GLOSSARIO	4
NORME DI CARATTERE GENERALE	6
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	6
Art. 2 - Conclusione del contratto di assicurazione - Effetto e durata - Pagamento del Premio	6
Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza - Recesso	6
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione.....	6
Art. 5 - Forma delle comunicazioni	6
Art. 6 - Recesso in caso di Sinistro	6
Art. 7 - Riduzione dei capitali assicurati	7
Art. 8 - Capitali assicurati	7
Art. 9 - Validità territoriale	7
Art. 10 - Colpa grave.....	7
Art. 11 - Buona fede.....	7
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza.....	7
Art. 13 - Oneri fiscali	7
Art. 14 - Altre assicurazioni.....	7
Art. 15 - Limite massimo dell'Indennizzo	7
Art. 16 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	7
Art. 17 - Home Insurance (Area Riservata).....	8
Art. 18 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto	8
Art. 19 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto	8
LE COPERTURE ASSICURATIVE	8
SEZIONE I - ASSISTENZA	8
Art. 20 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione	8
Art. 21 - Esclusioni operanti per tutte le Prestazioni	13
Art. 22 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	14
Art. 23 - Come attivare le Prestazioni Assistenza.....	14
SEZIONE II – RIMBORSO SPESE MEDICHE	14
Art. 24 - Spese mediche - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione.....	14
Art. 25 - Esclusioni.....	15
Art. 26 - Obbligo dell'Assicurato in caso di Sinistro	16
SEZIONE III – DANNI AI BENI	17
Art. 27 - Oggetto e Operatività dell'Assicurazione.....	17
Art. 28 - Esclusioni.....	17
Art. 29 - Obblighi del Contraente in caso di Sinistro	18
Art. 30 - Criteri per la liquidazione del danno - Scoperto.....	18
SEZIONE IV – INFORTUNI	19
Art. 31 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione	19
Art. 32 - Esclusioni.....	20
Art. 33 - Obblighi in caso di Sinistro	21
Art. 34 - Rinuncia al diritto di surrogazione.....	21
Art. 35 - Valutazione del danno – Arbitrato irrituale	21
Art. 36 - Criteri di indennizzabilità.....	22
SEZIONE V – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ITALIA	23
Art. 37 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione	23
Art. 38 - Esclusioni.....	23
Art. 39 - Come attivare le prestazioni Assistenza.....	24
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1

Condizioni di Assicurazione – ViaggioSicuro

Contratto individuale di durata temporanea



PREMESSA

ViaggioSicuro è un prodotto multirischi dedicato alla protezione della salute e del patrimonio delle persone in Viaggio per turismo/studio.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul Modulo di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati. Le Carenze, le Franchigie, gli Scoperti e i limiti di Indennizzo previste/i per le diverse Garanzie sono riportate/i all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione. Le coperture assicurative richiamate in Polizza sono operanti se è stato pagato il relativo Premio.

Avvertenza

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle Garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate: con fondo colorato o in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione.

I termini che nel testo contrattuale rinviano al Glossario sono riportati con iniziale in maiuscolo nel testo contrattuale.



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO PER DANNI AI BENI ed INFORTUNI

- per posta con Raccomandata A/R: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA Italia
- per e-mail: claims@netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO AD ASSISTENZA, RIMBORSO SPESE MEDICHE e ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ITALIA:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- dall'Italia al numero verde: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI)
- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

Numero Verde: 800 8939 30 (Contact Center)

Sito: www.netinsurance.it/wecare

e-mail: wecare@netinsurance.it

Fax + 39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA

Fax +39 06 89326570

PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Definizioni comuni a tutte le coperture

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (Iodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

La persona fisica, residente in Italia, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

L'età massima alla stipula è di 70 anni.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Assistenza

La garanzia assicurativa con la quale l'Assicuratore si impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Beni Assicurati

Si intendono:

- capi di abbigliamento;
- articoli sportivi ed attrezzature sportive;
- articoli per l'igiene e la cosmesi personale;
- materiale fotocineottico e materiale fotosensibile;
- radio;
- registratori;
- strumenti musicali;
- occhiali da vista o da sole;
- passeggini e carrozzini;
- medicinali;
- articoli di pelletteria o altro materiale per trasporto effetti personali.

Si intendono altresì Beni Assicurati, ma solo se indossati o consegnati in deposito in albergo:

- preziosi;
- orologi;
- pellicce.

Beneficiario

La persona fisica beneficiaria dell'Indennizzo.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che l'Assicuratore indennizza in caso di Sinistro ed è riportato in Polizza.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione a favore degli Assicurati.

Danni

I danni indennizzabili ai sensi dell'Assicurazione.

Furto

Impossessamento della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Furto con destrezza

Il Furto attuato con particolare abilità o sveltezza.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di Sinistro, l'Assicuratore procede all'Indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo Premio.

Incendio

Combustione con fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto estendersi o propagarsi.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia come conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili che causino la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Invalità permanente

Incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell'Assicurato a svolgere in tutto od in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.



Limite di Indennizzo

La somma massima stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per uno o più sinistri avvenuti nel Periodo di Durata dell'Assicurazione, l'Assicuratore presta la garanzia.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia cronica

La malattia che sia preesistente alla sottoscrizione della Polizza e che abbia comportato, negli ultimi 12 mesi, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri o trattamenti/terapie.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione seppure improvvisa di una patologia nota all'Assicurato e/o insorta precedentemente all'inizio del viaggio.

Malattia preesistente

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza della Polizza.

MYCLINIC

Piattaforma tecnologica attraverso la quale la Struttura Organizzativa eroga, in caso di infortunio o di malattia in viaggio le Prestazioni di assistenza medica.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di Durata dell'Assicurazione

Periodo di efficacia della copertura assicurativa.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Preziosi

Gioielli, metalli preziosi, oggetti d'oro o di platino, perle.

Rapina/Estorsione

La sottrazione della cosa mobile altrui effettuata con minaccia o violenza alla persona.

Recesso

Scioglimento del vincolo contrattuale.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scippo

Il Furto commesso strappando la cosa mobile di mano

o di dosso alla persona che la detiene.

Scoperto

La parte di danno, indennizzabile, a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Danni, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto che, in virtù di specifica Convenzione sottoscritta con Net Insurance S.p.A., provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

Qualunque strumento che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del Contratto di dette Parti.

Viaggio

Lo spostamento dell'Assicurato a scopo turistico o di studio, compreso il relativo periodo di soggiorno.

È escluso qualsiasi viaggio intrapreso per la partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme.

In caso di viaggio in aereo, treno, pullman o nave, s'intende il tragitto dalla stazione di partenza (aeroporto, porto o stazione autoferrotranviaria) del viaggio a quella di arrivo in Italia. In caso di viaggio in auto o altro mezzo diverso dalla nave, dall'aereo o dal pullman, s'intende qualsiasi trasferimento da o verso località ad oltre 50 km dal luogo di residenza in Italia dell'Assicurato.



NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.

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

Art. 2 - Conclusione del contratto di assicurazione - Effetto e durata - Pagamento del Premio

Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente.

Se il contratto di assicurazione è concluso il Periodo di efficacia dell'Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data effetto indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato; altrimenti decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio.

L'Assicurazione ha la durata temporanea indicata in Polizza e cessa alla scadenza senza tacito rinnovo.

La durata massima dell'Assicurazione è di sessanta giorni.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio unico ed anticipato, il cui importo è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente mediante la modalità di pagamento normativamente consentita e specificata in Polizza, dell'importo pattuito, e conseguente accredito dello stesso da parte della Banca sul conto della Compagnia.

Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza - Recesso

Fermo il disposto dell'Art. 2 - "Conclusione del contratto di assicurazione - Effetto e durata - Pagamento del Premio", qualora il contratto sia stato concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto ed inserite in copertura.

Qualora l'Assicurazione abbia durata maggiore di 30 giorni, **il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio**, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata.

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio imponibile, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento del Premio.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il contratto.

Art. 6 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di Recesso esercitato dall'Assicuratore, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del Recesso, rimborsa la Parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.



Art. 7 - Riduzione dei capitali assicurati

In caso di Sinistro, i Capitali assicurati con le singole Garanzie di Polizza ed i relativi limiti di Indennizzo, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del periodo di Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

Qualora a seguito del Sinistro stesso l'Assicuratore decida invece di recedere dal contratto si farà luogo al rimborso del Premio, al netto dell'imposta, non goduto sulle somme assicurate rimaste in essere.

Art. 8 - Capitali assicurati

Per ogni forma di Garanzia, l'Assicurazione viene prestata dall'Assicuratore per le somme indicate in Polizza, previo pagamento del relativo Premio.

Art. 9 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale, tranne che per le limitazioni territoriali previste per singole garanzie, per i sinistri avvenuti in tutto il mondo, ad eccezione comunque per i seguenti Paesi:

Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Groenlandia, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Art. 10 - Colpa grave

L'Assicurazione è efficace anche per i Danni determinati da colpa grave dell'Assicurato.

Art. 11 - Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto al risarcimento dei Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'Assicuratore il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c. L'Assicurazione vale per il Contraente e/o per gli Assicurati indicati in Polizza.

Art. 13 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 14 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c.

È fatto divieto al Contraente di sottoscrivere con l'Assicuratore per lo stesso Viaggio più Assicurazioni ai fine di elevare i Capitali assicurati.

Art. 15 - Limite massimo dell'Indennizzo

A nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata.

Art. 16 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di



Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 17 - Home Insurance (Area Riservata)

La Compagnia ha reso disponibile sul proprio Sito (<https://www.netinsurance.it>) un'Area internet riservata al Contraente (la cosiddetta area Home Insurance) accessibile tramite credenziali ottenibili con e-mail, codice fiscale e numero della tua Polizza. In tale Area è possibile consultare il Contratto e le coperture assicurative in essere con la Compagnia e gestire telematicamente il Contratto (effettuare il pagamento del Premio, denunciare un Sinistro, richiedere la modifica di dati personali).

Art. 18 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennizzo possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 19 - Glossario/Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione si rinvia alle norme di legge vigenti. La Legge applicabile al Contratto è quella italiana.

LE COPERTURE ASSICURATIVE

SEZIONE I - ASSISTENZA

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle prestazioni sottoindicate è stata affidata dall'Assicuratore a Europ Assistance Italia S.p.A. (di seguito Europ Assistance)

L'Assicuratore, lasciando invariati la portata e i limiti delle Prestazioni di Assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio di Assistenza ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di Assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Le Prestazioni di Assistenza seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le Prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo nucleo familiare.

La Società garantisce l'intervento e la conseguente erogazione delle Prestazioni in caso di atti di terrorismo che colpiscano direttamente l'Assicurato, purché l'Assicurato non si trovi in un'area in cui eventi politici e militari o l'interferenza da parte delle Autorità, impediscano alla Società di fornire pienamente le prestazioni previste. Nel caso in cui sussista il Rischio di esporre i propri operatori a situazioni che possano comportare gravi Danni fisici o la violazione di leggi e/o regolamenti, l'Assicuratore non potrà essere ritenuta responsabile per qualsiasi inadempimento nell'erogazione delle Prestazioni.

Art. 20 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione

Le Prestazioni possono essere erogate per un massimo di 3 volte, per ciascun tipo, nel corso del Periodi di Durata dell'Assicurazione.

1. CONSULENZA MEDICA

Se l'Assicurato, in caso di Malattia e/o Infortunio, necessitates valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.



2. INVIO DI UN MEDICO O DI UNA AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Se dopo una Consulenza Medica (vedi prestazione 1), l'Assicurato avesse bisogno di una visita medica, la Struttura organizzativa provvederà con spese a carico dell'Assicuratore, ad inviare al suo domicilio uno dei medici con lei convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino.

La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle Ore 8 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

3. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA ALL'ESTERO

Se dopo una Consulenza Medica (vedi prestazione 1), l'Assicurato avesse bisogno di una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, compatibilmente con le disponibilità locali.

4. RIENTRO SANITARIO

Se, in seguito ad Infortunio o Malattia l'Assicurato necessitasse, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa ed in accordo con il medico curante sul posto, del trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Italia o del rientro alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico dell'Assicuratore, ad organizzarne il rientro con il mezzo e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa dopo il consulto di questi con il medico curante sul posto.

Tale mezzo potrà essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il rientro sanitario da paesi extraeuropei viene effettuato esclusivamente con aereo di linea in classe economica.

Per i rientri dai Paesi del Bacino del Mediterraneo potrà essere utilizzato anche l'aereo sanitario in deroga a quanto sopra.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il Viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

L'Assicuratore avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di Viaggio non utilizzato per il rientro dall'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa organizzerà, con spese a carico dell'Assicuratore, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

ESCLUSIONI

Sono escluse dalla prestazione:

- **le infermità o lesioni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il Viaggio;**
- **le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **le spese relative alla cerimonia funebre, quelle per la ricerca di persone e/o l'eventuale recupero della salma e tutte le spese che non attengono al trasporto della stessa;**
- **tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivono volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

5. TRASFERIMENTO VERSO CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera dove l'Assicurato è ricoverato, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato stesso fino al più vicino Istituto di Cura attrezzato accessibile con i mezzi e nei tempi ritenuti più idonei dai medici della Struttura Organizzativa.

Tali mezzi potranno essere:

- l'aereo sanitario;
- l'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato;
- il treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- l'autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e comprenderà l'assistenza medica o infermieristica durante il Viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.



ESCLUSIONI

Sono escluse dalla Prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato fosse ricoverato;
- tutte le spese sostenute dall'Assicurato, nel caso in cui non abbia denunciato all'Assicuratore, direttamente o tramite terzi, l'avvenuto ricovero o prestazione di Pronto Soccorso;
- le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di Infortunio).

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie.

6. RIENTRO CON UN COMPAGNO DI VIAGGIO ASSICURATO

Se, successivamente alla prestazione "Rientro Sanitario" (vedi prestazione 4) e "Rientro dell'Assicurato Convalescente" (vedi prestazione 10), per i medici della Struttura Organizzativa non fosse necessaria l'assistenza sanitaria all'Assicurato durante il Viaggio di rientro alla sua residenza o al luogo di ricovero in Italia, ed un compagno di Viaggio assicurato desiderasse accompagnarlo, la Struttura Organizzativa provvederà a far rientrare anche il compagno di Viaggio con lo stesso mezzo utilizzato per l'Assicurato. L'Assicuratore avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di Viaggio non utilizzato per il rientro del compagno di Viaggio.

Massimale

L'Assicuratore terrà a proprio carico i costi relativi ad un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

ESCLUSIONI

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del compagno di Viaggio.

7. RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI

Se, successivamente alla prestazione "Rientro Sanitario" (vedi prestazione 4) e "Rientro dell'Assicurato Convalescente" (vedi prestazione 10), le persone assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa fornirà loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. L'Assicuratore avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di Viaggio non utilizzati per il rientro.

Massimale

L'Assicuratore terrà a proprio carico i costi relativi ad un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

8. VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Se l'Assicurato venisse ricoverato in un Istituto di cura per più di 7 giorni, la Struttura organizzativa fornirà, con spese a carico dell'Assicuratore, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad un familiare da questi designato, residente in Italia, di raggiungerlo.

La Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo in loco per il familiare designato dall'Assicurato ricoverato.

Massimale

L'Assicuratore terrà a proprio carico le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo che abbia al massimo una categoria pari a 4 stelle.

ESCLUSIONI

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

9. ACCOMPAGNAMENTO DEI MINORI

Se, a seguito di Infortunio, Malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato in Viaggio si trovasse nell'impossibilità di occuparsi degli assicurati minori di 15 anni che viaggiavano con lui, la Struttura organizzativa fornirà, con spese a carico dell'Assicuratore, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

ESCLUSIONI

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.



10. RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, non potesse rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto **per il quale avesse già provveduto ad acquistare apposito titolo di Viaggio**, la Struttura organizzativa fornirà, con spese a carico dell'Assicuratore, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. **L'Assicuratore avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di Viaggio non utilizzati per il rientro.**

11. PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettessero di intraprendere il Viaggio di rientro alla sua residenza nella data prestabilita, la Struttura Organizzativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo.

Massimale

L'Assicuratore terrà a proprio carico le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo che abbia al massimo una categoria pari a 4 stelle, fino al giorno in cui possa essere, a giudizio insindacabile dei medici della Struttura Organizzativa, effettuato il rientro dell'Assicurato alla propria residenza, come stabilito alla prestazione "Rientro Sanitario" o "Rientro dell'Assicurato Convalescente".

ESCLUSIONI

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da camera e prima colazione.

12. PROSEGUIMENTO DEL VIAGGIO

Qualora l'Assicurato, in seguito a Infortunio o Malattia che abbiano comportato l'intervento della Struttura Organizzativa, non voglia rientrare alla propria residenza ma proseguire il Viaggio come da programma stabilito, l'Assicuratore tiene a carico i costi per l'acquisto di un biglietto ferroviario di prima classe o un aereo di classe economica per l'Assicurato medesimo, un familiare o un compagno di Viaggio purché assicurati insieme e contemporaneamente.

13. INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto che sarà a disposizione dell'Assicurato durante i colloqui giornalieri con i medici dell'Istituto ove si trova ricoverato.

14. ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Se l'Assicurato dovesse sostenere spese impreviste e si trovasse nell'impossibilità di provvedervi direttamente ed immediatamente a causa di: Infortunio, Malattia, Furto, Rapina, Scippo o mancata consegna dei Beni Assicurati, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, le fatture **fino ad un importo massimo complessivo di Euro 250,00.**

Per importi superiori **la prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Italia, l'Assicuratore avrà ricevuto adeguate garanzie, nei limiti e nelle possibilità operative stabilite dalla Struttura Organizzativa.**

ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla prestazione:

- **i trasferimenti di valuta all'estero che comportino violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;**
- **i casi in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Italia all'Assicurato adeguate garanzie di restituzione.**
-

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

15. RIENTRO ANTICIPATO

Se l'Assicurato, trovandosi all'estero, dovesse rientrare alla propria residenza, prima della data che aveva programmato, a causa della morte (come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe) o del ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, la Struttura organizzativa fornirà, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica. Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità ad utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Obblighi dell'Assicurato:



L'Assicurato dovrà fornire entro 15 giorni dal Sinistro il certificato di morte e ogni altra documentazione utile che gli verrà richiesta.

16. ANTICIPO CAUZIONE PENALE

Se l'Assicurato fosse arrestato o minacciato di arresto e fosse pertanto tenuto a versare alle autorità straniere una cauzione penale per essere rimesso in libertà e non potesse provvedervi direttamente ed immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà a pagare sul posto, a titolo di anticipo per conto dell'Assicurato, la cauzione penale fino ad un importo massimo complessivo di Euro 2.500,00.

Per importi superiori la prestazione diventerà operante nel momento in cui, in Italia, l'Assicuratore avrà ricevuto adeguate garanzie nei limiti e nelle possibilità operative stabilite dalla Struttura Organizzativa.

ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla prestazione:

- il trasferimento di valuta all'estero che comporti violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- il caso in cui l'Assicurato non sia in grado di fornire in Italia all'Assicuratore adeguate garanzie di restituzione.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso, pena il pagamento, oltre alla somma anticipata, degli interessi al tasso legale corrente.

17. SPESE TELEFONICHE

L'Assicuratore terrà a carico o rimborserà le spese telefoniche sostenute dall'Assicurato per contattare la Struttura Organizzativa per l'attivazione delle Prestazioni garantite in Polizza.

Obblighi dell'Assicurato:

L'Assicurato dovrà fornire la documentazione attestante le spese telefoniche sostenute e ogni altra documentazione utile che gli verrà richiesta.

18. MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance è un insieme di servizi di assistenza medica a distanza, attivi 24 ore su 24, forniti attraverso una piattaforma digitale, denominata MyClinic Europ Assistance, con accesso via Web.

Per utilizzare la piattaforma occorre:

collegarsi al sito <https://netinsurance.myclinic.europassistance.it> e accedere alla propria area personale mediante le proprie credenziali ricevute tramite e-mail.

Puoi utilizzare la piattaforma solo se sei maggiorenne e se accetti le condizioni d'uso della stessa.

PRESTAZIONI

1. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai in totale autonomia usufruire di un programma di autovalutazione che ti aiuterà a comprendere i tuoi sintomi e ti indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. In seguito all'autovalutazione dei sintomi, l'Assicurato può approfondire il proprio stato di salute attraverso la richiesta di un Consulto Medico.

Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

2. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Ricordati che il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

3. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai archiviare tutti i dati sulla tua salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei tuoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, inserire i farmaci assunti.



La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i tuoi dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

4. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Se a seguito del consulto medico emerge la necessità di condividere i tuoi dati con un medico specialista all'estero potrai creare, dalla tua cartella salute, il tuo passaporto salute traducendo in modo automatico i tuoi dati nelle lingue disponibili.

Art. 21 - Esclusioni operanti per tutte le Prestazioni

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- a) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;
- b) alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di vandalismo;
- d) dolo dell'Assicurato o colpa grave;
- e) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- f) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) malattie croniche;
- h) malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il Viaggio;
- i) espanto e/o trapianto di organi, escludendosi in ogni caso qualunque Viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici;
- j) malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- k) tentato suicidio o suicidio;
- l) sport professionali, comunque non dilettantistici (comprese gare, prove ed allenamenti);
- m) guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia. Per bob, Kitesurfing e immersioni con autorespiratore l'esclusione di cui sopra non sarà operante nel caso in cui detta attività sportiva sia svolta unicamente a carattere ricreativo ed occasionale;
- n) partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà, comprese le gare podistiche;
- o) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
- p) tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni;
- q) epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. Si considerano tali i Paesi indicati nel sito <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza> che riportano un grado di Rischio uguale o superiore a 4.0.

Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

Le prestazioni non sono inoltre fornite in quei Paesi nei quali sono in atto, al momento della denuncia di Sinistro e/o richiesta di Assistenza, tumulti popolari.

Non è possibile inoltre erogare prestazioni in natura (pertanto l'Assistenza), ove le autorità locali o internazionali non consentono a soggetti privati lo svolgimento di attività di Assistenza diretta indipendentemente dal fatto o meno che ci sia in corso un Rischio guerra.



Art. 22 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la decadenza dal diritto alle Prestazioni di Assistenza, ai sensi dell'art. 1915 C.C.

Art. 23 - Come attivare le Prestazioni Assistenza

Per usufruire delle Prestazioni di Assistenza, sopra indicate, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Via del Mulino, 4

20057 – Assago (MI)

- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di Assistenza di cui necessita;
2. cognome e nome;
3. numero di Polizza;
4. indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

SEZIONE II – RIMBORSO SPESE MEDICHE

La gestione del servizio di cui alle Prestazioni sotto indicate è stata affidata dall'Assicuratore a Europ Assistance Italia S.p.A. (di seguito Europ Assistance).

L'Assicuratore, lasciando invariati la portata e i limiti delle prestazioni, ha la facoltà di affidare il servizio ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società incaricata senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto assicurativo.

Le Prestazioni seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le Prestazioni possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo nucleo familiare.

La Garanzia potrà essere richiesta anche più volte entro il periodo di durata della Polizza, fermo restando che l'importo complessivo degli indennizzi corrisposti, non potrà superare i massimali previsti.

Il pagamento diretto di tali spese sarà effettuato qualora ricorrano le condizioni tecnico-pratiche per procedere altrimenti l'Assicuratore rimborserà tali spese alle stesse condizioni, senza applicazione di alcuna franchigia.

Per i sinistri avvenuti in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano la Garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 500,00 per Assicurato e per Sinistro.

Franchigia

In seguito alla valutazione positiva della documentazione pervenuta, nel solo caso in cui si proceda con il rimborso delle suddette spese preventivamente autorizzato dalla Struttura Organizzativa, l'Assicuratore procederà alla liquidazione al netto della franchigia fissa ed assoluta di Euro 50,00.

Tale franchigia non sarà applicata alle sole spese imputabili al ricovero ospedaliero.

Art. 24 - Spese mediche - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione



Qualora l'Assicurato in seguito a Malattia improvvisa o ad Infortunio avvenuti nel corso del Viaggio, dovesse sostenere Spese mediche/farmaceutiche/ospedaliere **per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del Viaggio**, questi dovrà sempre contattare la Struttura Organizzativa che provvederà alla presa a carico delle spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche necessarie.

Nei casi in cui non fosse possibile effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate qualora siano state autorizzate preventivamente dalla Struttura Organizzativa.

Per importi superiori ad Euro 1.000,00, l'Assicuratore rimborserà le spese mediche sostenute all'estero, solo qualora l'Assicurato effettui il pagamento delle stesse tramite bonifico bancario, carta di credito o utilizzando l'anticipo disponibile mediante l'attivazione della prestazione "Anticipo spese di prima necessità", quest'ultima previa valutazione della Struttura Organizzativa.

In caso di ricovero, l'Assicurazione è operante fino alla data di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura o fino alla data in cui, a giudizio della Struttura organizzativa, l'Assicurato venga considerato rimpatriabile in Italia, e comunque entro i 120 giorni complessivi di degenza.

In assenza di ricovero, le Spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche saranno prese a carico o rimborsate, purché autorizzate preventivamente dalla Struttura Organizzativa, fino al rientro in Italia.

Solo in caso di Infortunio, sono comprese in Garanzia anche le ulteriori spese per le cure ricevute al rientro al luogo di residenza, purché effettuate **nei 45 giorni successivi all'Infortunio stesso, fino alla concorrenza di Euro 500,00 nel limite del massimale previsto in Polizza.**

Nei massimali indicati in Polizza sono comprese:

- le spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di Infortunio, fino a Euro 100,00 per Assicurato;
- le spese per riparazioni di protesi, solo a seguito di Infortunio, fino a Euro 100,00 per Assicurato;
- le spese di trasporto in Italia e all'Estero, dal luogo dell'Infortunio o da quello in cui si è manifestata la Malattia improvvisa fino all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, fino a Euro 2.000,00 per Assicurato solo nel caso in cui venga successivamente attivata la Garanzia Spese Mediche;
- le spese di ricerca e salvataggio, fino alla concorrenza di Euro 500,00 per Sinistro in Italia e di Euro 25.000,00 all'Estero.

Art. 25 - Esclusioni

Sono esclusi i sinistri provocati e dipendenti da:

- a) **gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove e allenamenti;**
- b) **alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;**
- c) **guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, insurrezioni, saccheggi, atti di vandalismo;**
- d) **dolo dell'Assicurato o colpa grave;**
- e) **malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;**
- f) **malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;**
- g) **malattie croniche;**
- h) **malattie preesistenti;**
- i) **malattie/infortuni in atto al momento della partenza per il Viaggio;**
- j) **espianto e/o trapianto di organi, escludendosi in ogni caso qualunque Viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a visite e/o trattamenti medico-chirurgici o a scopo sanitario;**
- k) **malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
- l) **tentato suicidio o suicidio;**
- m) **sport professionali, comunque non dilettantistici (comprese gare, prove ed allenamenti);**
- n) **guida ed uso di deltaplani ed altri tipi di veicoli aerei ultraleggeri, paracadutismo, escursioni in mongolfiera, parapendii ed assimilabili, sport aerei in genere, guidoslitta, bob, sci acrobatico, salti dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, arrampicata libera (free climbing), Kitesurfing, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia. Per bob, Kitesurfing e immersioni con autorespiratore l'esclusione di cui sopra non sarà operante nel caso in cui detta attività sportiva sia svolta unicamente a carattere ricreativo ed occasionale;**
- o) **partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà comprese le gare**



podistiche;

- p) tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare.

Sono inoltre escluse dalla Garanzia:

- tutte le spese sostenute dall'Assicurato qualora non abbia contattato la Struttura Organizzativa, direttamente o tramite terzi, e non abbia ricevuto dalla stessa autorizzazione a procedere, salvo il caso di comprovata impossibilità;
- le spese per cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure infermieristiche integrative a quanto fornito quale supporto di base dalla struttura ove l'Assicurato sia ricoverato a seguito di Sinistro indennizzabile a termine di Polizza, fisioterapiche, termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di Infortunio);
- le spese per acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto, le spese per apparecchi ortopedici e/o protesici;
- le spese per le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in Viaggio;
- le spese di trasporto e/o trasferimento verso il luogo di alloggio dell'Assicurato;
- i rimborsi per le spese mediche/ospedaliere/farmaceutiche superiori ad Euro 1.000,00 qualora il pagamento delle stesse sia stato effettuato in contanti;
- epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall' Organizzazione Mondiale della Sanità.

Art. 26 - Obbligo dell'Assicurato in caso di Sinistro

- In caso di Sinistro, successivamente al contatto telefonico immediato con la Struttura Organizzativa e solo dopo aver preso precisi accordi con la Struttura stessa, l'Assicurato dovrà effettuare, entro e non oltre sessanta giorni dal verificarsi del sinistro, una denuncia scrivendo ad Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI) indicando sulla busta Ufficio Liquidazione Sinistri – Spese Mediche e inviando via posta:
- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza;
- certificato di Pronto Soccorso redatto sul luogo del Sinistro riportante la patologia sofferta o la diagnosi medica che certifichi la tipologia e le modalità dell'Infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia conforme all'originale della cartella clinica;
- originali di fatture, scontrini o ricevute fiscali per le spese sostenute, complete dei dati fiscali (P.IVA o Codice Fiscale) degli emittenti e degli intestatari delle ricevute stesse;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei medicinali acquistati;
- l'Assicuratore potrà richiedere successivamente, per poter procedere alla definizione del sinistro, ulteriore documentazione che l'Assicurato sarà tenuto a trasmettere;
- per importi superiori ad Euro 1.000,00 documentazione comprovante l'avvenuto pagamento effettuato con bonifico bancario o carta di credito.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.



SEZIONE III – DANNI AI BENI

Art. 27 - Oggetto e Operatività dell'Assicurazione

L'Assicuratore indennizza l'Assicurato dei danni materiali e diretti subiti dai Beni Assicurati in caso di eventi che possano accadere in Viaggio: Furto, furto con destrezza, rapina/estorsione, scippo, incendio, mancata riconsegna o danneggiamento da parte dell'albergatore o vettore.

La Garanzia è prestata, per ciascun Assicurato, con il Limite di Indennizzo aggregato di € 1.000,00, qualsiasi sia il numero o la tipologia delle partite danneggiate.

Fermo il Limite di Indennizzo aggregato di € 1.000,00, l'Indennizzo massimo per ogni oggetto non potrà superare l'importo di euro 175,00.

I corredi fotocineottici (macchina fotografica, telecamera, binocolo, lampeggiatore, obiettivi, batterie, borse, ecc.) sono considerati un unico oggetto.

Il Limite di Indennizzo previsto per ciascuna categoria di Beni è riportato nella tabella che segue:

PARTITA DANNEGGIATA	LIMITE DI INDENNIZZO	SCOPERTO
Capi di abbigliamento, apparecchiature fotocineottiche e materiale fotosensibile, radio, televisori, registratori, strumenti musicali, articoli ed attrezzature sportive, medicinali, occhiali da vista o da sole, articoli per l'igiene e cosmesi personale, articoli di pelletteria o altro materiale per trasporto effetti personali.	€ 700,00	20% dell'importo indennizzabile
Preziosi, orologi, pellicce: solo se indossati o consegnati in deposito in albergo.	€ 300,00	

La Compagnia rimborsa inoltre le spese sostenute ed i relativi limiti di indennizzo riportati nella seguente tabella:

RIMBORSO PER	INDENNIZZO
Rifacimento documenti (carta di identità, passaporto e patente) per furto, furto con destrezza, rapina, scippo o smarrimento.	Euro 50,00
Spese impreviste per l'acquisto di articoli di toilette e/o dell'abbigliamento necessario in caso di consegna dei Beni Assicurati con un ritardo superiore alle 12 ore relativamente a voli debitamente confermati, avvenuta nell'aeroporto di destinazione del Viaggio di andata.	Euro 100,00

Art. 28 - Esclusioni

Sono esclusi dalla Garanzia:

- denaro, carte di debito/credito, assegni, francobolli, biglietti e documenti di Viaggio, souvenir, monete, oggetti d'arte, collezioni, campionari, cataloghi, merci, documenti diversi da Carta d'identità, Passaporto e Patente di guida;
- casco, attrezzature professionali;
- i telefoni cellulari, i lettori MP3, i personal computer, i tablets;



- i danni derivanti da dolo dell'Assicurato e quelli provocati ad attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
- i beni diversi dai Beni Assicurati;
- danni indiretti.

Sono altresì esclusi dalla Garanzia, i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- dolo dell'Assicurato.

Art. 29 - Obblighi del Contraente in caso di Sinistro

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata entro 10 giorni dall'evento o dal primo momento in cui il Contraente ne abbia avuto la possibilità.

La richiesta di Indennizzo può essere inviata all'Assicuratore con una delle seguenti modalità:

- per posta con Raccomandata A/R: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA - Italia
- per e-mail: claims@netinsurance.it

La denuncia di Sinistro deve contenere le informazioni di cui al seguito e la documentazione sotto indicata, da inoltrarsi eventualmente anche in seguito:

- nome, cognome, indirizzo, numero di telefono;
- numero di Polizza;
- copia dei biglietti di Viaggio o gli estremi del soggiorno;
- copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di Polizia del luogo ove si è verificato il fatto. La denuncia deve contenere l'elenco dettagliato dei Beni Assicurati oggetto di danno;
- le circostanze dell'accaduto;
- copia della eventuale lettera di reclamo presentata all'albergatore o vettore o altro responsabile del danno.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

Art. 30 - Criteri per la liquidazione del danno - Scoperto

Il danno è liquidato:

- in base al valore commerciale che i Beni Assicurati avevano al momento del Sinistro, secondo quanto risulta dalla documentazione fornita all'Assicuratore;
- in base al valore di acquisto dei Beni Assicurati, secondo quanto risulta dalla documentazione fornita all'Assicuratore, limitatamente agli oggetti acquistati non oltre tre mesi prima del verificarsi del Sinistro.

Il danno viene liquidato previa applicazione di uno Scoperto del 20% sull'importo indennizzabile, fermi i Limiti di Indennizzo di cui al precedente art. 27.

In caso di responsabilità di terzi (vettore, albergatore), l'Indennizzo da parte dell'Assicuratore avverrà, fino alla concorrenza del Limite di Indennizzo previsto in Polizza, ad integrazione di quanto già rimborsato dal vettore o dall'albergatore responsabile dell'evento qualora tale rimborso sia inferiore al danno subito.

In nessun caso si terrà conto dei cosiddetti valori affettivi.

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.



SEZIONE IV – INFORTUNI

Art. 31 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione

Le garanzie della presente Sezione sono dovute in seguito ad infortuni occorsi all'Assicurato esclusivamente durante il Viaggio per turismo e studio, restando esclusa la Garanzia in caso di Infortunio avvenuto nel corso di attività aventi carattere professionale.

1. INFORTUNI IN VIAGGIO

L'Assicuratore garantisce gli infortuni verificatisi durante ogni attività svolta non a carattere professionale, **nei limiti del massimale indicato in Polizza per Sinistro e nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione.**

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni derivanti da:

1. uso e guida di tutti i veicoli a motore e natanti;
2. asfissia non di origine morbosa;
3. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
4. annegamento;
5. folgorazione;
6. assideramento o congelamento;
7. colpi di sole, di calore o di freddo;
8. infezioni e avvelenamenti conseguenti a lesioni, morsi di animali e punture di insetti;
9. infortuni subiti in stato di malore, di incoscienza o conseguenti a colpi di sonno;
10. imperizia, imprudenza o negligenza anche grave;
11. lesioni determinate da sforzo, compresi gli strappi muscolari e la rottura sottocutanea del tendine di Achille, con esclusione degli infarti e delle ernie di ogni natura;
12. tumulti popolari o da atti di terrorismo, vandalismo, attentati, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente o la Morte e le stesse si verificano anche successivamente alla scadenza dell'assicurazione, entro due anni dal giorno dell'Infortunio, l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo secondo i criteri meglio specificati ai successivi punti 2, 3 e 4.

2. INVALIDITA' PERMANENTE

L'Indennizzo per l'Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della presente Polizza. **Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.**

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'Indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra si intendono applicate all'arto superiore Sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Franchigia

La liquidazione dell'indennità dovuta per Invalidità Permanente verrà determinata applicando una franchigia del 5%.

Pertanto, l'Assicuratore non liquiderà alcuna indennità se l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 5% della Totale. Qualora la stessa sia di grado superiore al 5% della totale, verrà liquidato l'Indennizzo solo per la parte eccedente. Per invalidità permanenti di grado superiore al 20% della totale, l'indennità verrà liquidata integralmente senza deduzione di alcuna franchigia.

3. MORTE

L'Indennizzo viene liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, purché entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, gli eredi di questi non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

4. MORTE PRESUNTA



Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e il corpo non venga ritrovato, e si presume sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

La liquidazione avverrà dopo che sia trascorso un anno dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, ai sensi degli artt. 60 e 62 del Codice civile.

Se dopo il pagamento dell'indennizzo è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, l'Assicuratore ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari, sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta. A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente residua.

5. RISCHIO VOLO

A parziale deroga dell'art. 32 "Esclusioni", l'Assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, tranne che:

- da società/aziende di lavoro aereo, in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aero club.

La somma dei capitali assicurati dalla presente Polizza e da altre assicurazioni infortuni cumulative che includano la presente Garanzia, stipulate dal Contraente con l'Assicuratore, in favore dei medesimi assicurati non potrà superare i limiti di:

a. IN CASO DI MORTE:

- Euro 500.000,00 per persona;
- Euro 5.000.000,00 complessivamente per aeromobile.

b. IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE:

- Euro 500.000,00 per persona;
- Euro 5.000.000,00 complessivamente per aeromobile.

Nell'eventualità che i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di Sinistro saranno adeguate con riduzione e imputazione proporzionale sulle singole polizze, in modo da non superare, sommate, quanto spetterebbe sulla base dei capitali di cui al comma precedente, salvo, in tal caso, il diritto del Contraente di richiedere il rimborso dei premi imponibili nella stessa proporzione.

Agli effetti della Garanzia, il Viaggio aereo si intende iniziato al momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

6. INFORTUNI CAUSATI DA GUERRA E INSURREZIONE

A parziale deroga del successivo Art. 32 - "Esclusioni", sono compresi nell'assicurazione gli infortuni causati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 32 - Esclusioni

Sono esclusi gli Infortuni causati:

- dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio (salvo quanto previsto al punto "Rischio Volo");
- da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- da guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto al punto "Infortuni causati da guerra e insurrezione";
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- da malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;
- Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:
 - di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;

- dello sport del paracadutismo;
- dei seguenti altri sport: pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali in genere, atletica pesante, rugby, football americano, speleologia, scalata di roccia o ghiacciaio, arrampicata libera (free climbing), guidoslitta, bob, sci acrobatico, salto dal trampolino con sci o idrosci, immersione con autorespiratore, kite-surfing e sport professionali;
- di partecipazione a gare/competizioni che comportino attività estreme e atti di temerarietà comprese le gare podistiche;
- di tutte le attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
- di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

Art. 33 - Obblighi in caso di Sinistro

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata entro 10 giorni dall'evento o dal primo momento in cui il Contraente ne abbia avuto la possibilità.

La richiesta di Indennizzo può essere inviata all'Assicuratore con una delle seguenti modalità:

- per posta con Raccomandata A/R: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA - Italia
- per e-mail: claims@netinsurance.it

La denuncia di Sinistro deve contenere le informazioni di cui al seguito e la documentazione sotto indicata, da inoltrarsi eventualmente anche in seguito:

- il nome, cognome, indirizzo e numero di telefono;
- numero di Polizza;
- il luogo, il giorno e l'ora del Sinistro;
- le cause che lo hanno determinato;
- il certificato medico.

Il decorso della lesione dovrà essere certificato da ulteriore documentazione medica, fino alla completa guarigione o alla stabilizzazione delle conseguenze prodotte dall'Infortunio.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire all'Assicuratore le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno in cura l'Assicurato.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del C.C.

Art. 34 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 35 - Valutazione del danno – Arbitrato irrituale

L'Indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

In caso di disaccordo fra l'Assicurato e l'Assicuratore in merito all'indennizzabilità del sinistro, è in facoltà delle Parti demandare la soluzione della Controversia per iscritto a due medici, nominati uno per parte, che si riuniscono nel Comune sede di istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Tali medici, ove vi sia divergenza su quanto sopra indicato, costituiscono un Collegio medico formato da loro stessi e da un terzo medico dagli stessi nominato o, in caso di disaccordo, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il terzo medico così nominato avrà la funzione di Presidente del Collegio.

Il Collegio medico risiede nel comune più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, sede di Istituto di medicina legale. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e delle competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti che rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di



patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

È comunque fatta salva la facoltà per l'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 36 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art 31 - "OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE" punto 2 "Invalidità Permanente" sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.



SEZIONE V – ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA IN ITALIA

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle Prestazioni sotto indicate è stata affidata dall'Assicuratore a Europ Assistance Italia S.p.A. (di seguito Europ Assistance)

L'Assicuratore, lasciando invariati la portata e i limiti delle Prestazioni di Assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio di Assistenza ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di Assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Le Prestazioni di Assistenza seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le Prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo nucleo familiare.

Le Prestazioni possono essere erogate per un massimo di 3 volte, per ciascun tipo, nel corso del Periodi di Durata dell'Assicurazione.

Art. 37 - Oggetto ed operatività dell'Assicurazione

La prestazione è fornita qualora l'Assicurato sia ricoverato in un Istituto di Cura in seguito a Malattia improvvisa e/o Infortunio.

Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero in Istituto di cura di almeno una notte, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta scritta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante Prestazioni di proprio personale medico e paramedico fino ad un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.

Servizi sanitari

Se l'Assicurato, a seguito di Malattia improvvisa e/o Infortunio che abbia comportato un ricovero in Istituto di cura di almeno una notte, necessitasse eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di Cura in cui era ricoverato.

Servizi non sanitari

Se l'Assicurato, a seguito di Malattia improvvisa e/o Infortunio che abbia comportato un ricovero in Istituto di cura di almeno una notte, non potesse lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori. La Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni, dopo le dimissioni dell'Assicurato dall'Istituto di Cura in cui era ricoverato.

Art. 38 - Esclusioni

Sono esclusi i rimborsi, gli Indennizzi e le prestazioni conseguenti a:

- a. infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b. stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- c. malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- d. infortuni e malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e. aborto volontario non terapeutico;



- f. infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
 - g. infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
 - h. infortuni causati durante lo svolgimento di attività che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
 - i. cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad Infortunio;
 - j. applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o Malattia);
 - k. conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
 - l. conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - m. acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
 - n. soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure).
- Sono, inoltre, esclusi i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in ambulatorio.

Art. 39 - Come attivare le prestazioni Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di Assistenza, sopra indicate, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- dall'Italia al numero: 800 542 009
- dall'estero al numero: +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Via del Mulino, 4
20057 – Assago (MI)

- oppure inviare un fax al numero: +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di Assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- numero di Polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La Compagnia **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia **Net Insurance S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con la Società (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “**il/i Contratto/i**”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net Insurance tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Compagnia (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Compagnia è soggetta;
- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Condizioni di Assicurazione – ViaggioSicuro

Contratto individuale di durata temporanea



Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Compagnia tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Compagnia, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Compagnia, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b. avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c. è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a. I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a Compagnie del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c. I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere della Compagnia.

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.

I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paese situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e

Condizioni di Assicurazione – ViaggioSicuro

Contratto individuale di durata temporanea



salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all’indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l’elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L’Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell’ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell’Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all’interessato l’esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all’oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all’esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all’Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l’Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

- a. raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma
- b. messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it