



Polizza Collettiva n° 318624 ESPRESSAMENTE VIAGGI E TURISMO SRL – Condizioni di Assicurazione redatte ai sensi del regolamento ISVAP n° 35/2010.

## GLOSSARIO

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di assicurazione.

**Assistenza:** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

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

**Centrale Operativa:** la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

**Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione. Nel caso di persona fisica, il soggetto maggiorenne dotato di capacità di agire.

**Destinazione:**

- **Italia:** la Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
- **Europa:** i paesi dell'Europa geografica (compresa l'Italia e la Federazione Russa) e del bacino del Mediterraneo (Algeria, Canarie, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia).
- **Mondo:** tutti i paesi del mondo esclusa l'Europa.

**Domicilio:** il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

**Day hospital:** la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

**Estero:** tutti i paesi del mondo, esclusa l'Italia.

**Evento:** l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

**Familiare:** la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

**Franchigia:** importo prestabilito in numero assoluto che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

**Indennizzo o indennità:** la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza.

**Infortunio:** il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'invalidità temporanea.

**Istituto di cura:** l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

**Malattia:** ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

**Massimale:** la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

**Medicinali:** sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico.

**Polizza:** il documento che prova l'assicurazione.

**Premio:** importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

**Prescrizione:** estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

**Residenza:** il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

**Ricovero/degenza:** la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contengano almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

**Scadenza:** data in cui cessano gli effetti del contratto.

**Scoperto:** la parte di danno indennizzabile a termini di polizza in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

**Società:** INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

**Terzi:** qualunque persona non rientrante nella definizione di "familiare".

**Viaggio:** il viaggio, il soggiorno o la locazione, risultante dal relativo contratto o documento di viaggio.

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### ART. 1. COMUNICAZIONE DELLE COPERTURE

Ai fini della validità della copertura è necessario rientrare nell'elenco di coloro che hanno diritto alle prestazioni e garanzie previste dalla presente Polizza.

Il Contraente predispone l'elenco degli aventi diritto per l'invio alla Società; l'invio può avvenire o tramite Portale Internet o tramite flusso informatico. In quest'ultimo caso la periodicità dell'invio e le caratteristiche del flusso saranno di volta in volta concordate con la Società.

Il Contraente si rende dunque responsabile:

- della raccolta e della comunicazione alla Società dei nominativi degli Assicurati;
- della comunicazione al singolo Assicurato dei contenuti del programma assicurativo offerto (vedi art. 21 delle Condizioni Generali di Assicurazione).

Il Contraente si obbliga a comunicare su file telematico:

Mensilmente, entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo i seguenti dati relativi ai clienti partiti nel mese oggetto di resoconto:

- numero della pratica
- nome e cognome degli Assicurati
- data di partenza
- durata e destinazione del Viaggio

Ogni mese la Società emetterà un'appendice di regolazione premio calcolata in base alle comunicazioni del Contraente secondo quanto previsto nel presente articolo, applicando il premio previsto per persona e per costo viaggio.

### ART. 2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e 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 C.C..

### ART. 3. ALTRE ASSICURAZIONI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

### ART. 4. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza purché venga corrisposto il relativo premio. In deroga a quanto previsto dall'Art. 1901 C.C., se il Contraente non paga il premio entro il termine sopra indicato o i premi delle successive appendici di regolazione o di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 C.C..

### ART. 5. DURATA DEL CONTRATTO – TACITO RINNOVO

Il contratto ha validità annuale in base a quanto indicato nel frontespizio polizza ed alla sua naturale scadenza, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

### ART. 6. DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'efficacia della Polizza nei confronti di ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 00:00 della data di inizio viaggio e cessa alle ore 24:00 del giorno di rientro dal viaggio e comunque non oltre il 60° giorno successivo all'inizio del viaggio, sempre che l'adesione avvenga durante il periodo di validità della polizza.

In caso di disdetta della Polizza, la data di termine del contratto viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura di nuovi Assicurati, essendo prevista la gestione delle code di portafoglio.

Le attivazioni con data successiva a tale termine, non potranno essere considerate valide ai fini della copertura assicurativa della presente Polizza.

### ART. 7. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C..

### ART. 8. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### ART. 9. VARIAZIONI NELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

In caso di alienazione dell'azienda del Contraente o di parte delle Sue attività, gli effetti della Polizza si trasmetteranno all'acquirente. Nel caso di fusione del Contraente, la Polizza continuerà con la società incorporante o con quella frutto della fusione. Nei casi di trasformazione o di cambiamento di ragione sociale del Contraente, la presente Polizza continuerà con la nuova forma societaria.

Le variazioni di cui sopra devono essere comunicate dal Contraente entro il termine di 15 (quindici) giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale, nei 30 (trenta) giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 (quindici) giorni.

Nei casi di scioglimento del Contraente o della sua messa in liquidazione, la Polizza cessa con effetto immediato ed i premi eventualmente pagati e non goduti saranno



rimborsati previo conguaglio con il premio minimo garantito annuo stabilito in polizza e comunque dovuto.

#### **ART. 10. RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE**

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato/Contraente la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

#### **ART. 11. VALUTA DI PAGAMENTO**

Gli indennizzi vengono corrisposti in Italia in euro. Nel caso di spese sostenute al di fuori dei paesi aderenti all'euro, il rimborso verrà calcolato al cambio ufficiale relativo del giorno in cui sono state sostenute.

#### **ART. 12. ONERI FISCALI**

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

#### **ART. 13. FORO COMPETENTE**

Foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato o del Contraente.

#### **ART. 14. TERMINE DI PRESCRIZIONE**

Il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni, a norma dell'Art. 2952 C.C..

#### **ART. 15. DIRITTO DI RIVALSA**

La Società è surrogata, fino alla concorrenza della somma liquidata, in tutti i diritti ed azioni che l'Assicurato/Contraente può avere nei confronti dei responsabili dei danni.

#### **ART. 16. RICHIESTA DOCUMENTAZIONE**

La Società ha facoltà di richiedere a fini liquidativi ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle garanzie.

#### **ART. 17. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI / LIMITI DI RESPONSABILITÀ**

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto. La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto all'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

#### **ART. 18. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme dettate in materia dalla Legge italiana.

#### **ART. 19. PREMI**

Il premio è determinato secondo quanto stabilito nel frontespizio di polizza.

A titolo riepilogativo, il premio sarà determinato dal numero delle applicazioni emesse. Le modalità di corresponsione del premio sono altresì stabilite nel frontespizio di polizza. A titolo riepilogativo, di norma il premio sarà calcolato in via unitaria per singola adesione. Talvolta la polizza potrà prevedere un premio minimo garantito. Il premio minimo garantito potrà essere anticipato o frazionato. In caso di premio minimo garantito - anticipato o frazionato - sarà previsto un meccanismo di regolazione del premio. Fermo restando quanto stabilito nel frontespizio di polizza in materia di regolazione del premio, la Società provvederà all'emissione di appendice di regolazione ed il Contraente si impegna a saldare il relativo importo ("Premio di Regolazione") entro 30 giorni dalla data di emissione della relativa appendice. Il pagamento dei premi sarà effettuato a mezzo bonifico bancario.

#### **ART. 20. ASSICURATI**

I singoli clienti che acquistano i viaggi dal Contraente direttamente o attraverso agenzie rivenditrici. I singoli clienti sono equiparati al Contraente nell'esercizio della titolarità del contratto.

#### **ART. 21. INFORMAZIONI AI CLIENTI**

Una Parte non può utilizzare il logo, i marchi, le denominazioni commerciali o marchi di servizi dell'altra Parte senza il preventivo consenso scritto da parte di quest'ultima che potrà essere rilasciato a sua completa discrezione. La Parte richiedente non potrà porre in essere o consentire che venga posta in essere alcuna attività che possa pregiudicare i diritti dell'altra Parte in relazione ai suddetti marchi.

#### **ART. 22. MODIFICHE AL CONTRATTO**

Le eventuali modifiche o variazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e controfirmate, per accettazione, dalle Parti.

#### **ART. 23. PUBBLICITÀ**

Qualora una delle Parti intenda attuare iniziative pubblicitarie o comunque di comunicazione, utilizzando i segni distintivi dell'altra Parte e/o fornendo informazioni sulla medesima e/o sul gruppo di appartenenza deve sottoporre alla preventiva approvazione della stessa il relativo materiale. L'attività promozionale e pubblicitaria sarà svolta in conformità alle previsioni di legge e regolamentari vigenti. La Parte richiedente è tenuta ad utilizzare il marchio e la ragione sociale dell'altra Parte attenendosi scrupolosamente alle disposizioni ricevute.

#### **ART. 24. USO DEI MARCHI ED ATTIVITÀ PROMOZIONALE SU INTERNET**

Una Parte non può utilizzare il logo, i marchi, le denominazioni commerciali o marchi di servizi dell'altra Parte senza il preventivo consenso scritto da parte di quest'ultima che potrà essere rilasciato a sua completa discrezione. La Parte richiedente non potrà porre in essere o consentire che venga posta in essere alcuna attività che possa pregiudicare i diritti dell'altra Parte in relazione ai suddetti marchi.

Le Parti dovranno attenersi alle previsioni di legge e regolamentari vigenti relative con riferimento all'attività promozionale posta in essere tramite i rispettivi siti internet. Alla scadenza della Polizza o in caso di sua risoluzione, estinzione o cessazione, per qualsiasi causa intervenuta, le Parti non potranno, comunque, più utilizzare il marchio, la denominazione o il logo dell'altra Parte, né utilizzarli altrimenti in alcun modo, anche se fosse stata a ciò specificamente preventivamente autorizzata.

#### **ART. 25. PRIVACY**

La Contraente, in qualità di unico Titolare del trattamento dei dati dei propri assicurati, si obbliga, a fornire a propria cura e spese, a coloro che usufruiranno dei Servizi erogati dalla Società l'Informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003. **Informativa per la gestione dei dati del contratto:** Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 (Testo Unico delle norme in materia di tutela dei dati personali), riguardante la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, le Parti del presente contratto si danno reciproco atto che i dati personali relativi a ciascun contraente del presente atto (Sede, recapito telefonico,

Codice Fiscale e Partita I.V.A.) verranno inseriti ed elaborati nelle proprie banche dati, al fine di gestire i reciproci rapporti contrattuali. Le Parti del presente atto si riconoscono reciprocamente il diritto di conoscenza, cancellazione, rettifica, aggiornamento, integrazione ed opposizione al trattamento dei dati stessi, secondo quanto previsto all'art. 7 del suddetto Decreto Legislativo. Resta espressamente inteso che ciascuna Parte dichiara di aver preso visione di quanto sopra esposto. Autonomi Titolari del trattamento dei dati personali, ciascuno per le proprie attività istituzionali, ai fini del presente atto, sono il Contraente e la Società. **Nomina a Responsabile del Trattamento dei dati:** In considerazione del fatto che la formalizzazione del presente contratto comporta per la Società l'elaborazione di dati relativi ai assicurati al fine di provvedere alla fornitura e gestione dei Servizi, il Contraente provvede a nominare Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia "Responsabile" del Trattamento ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs 196/03. Del pari la Società si impegna a nominare ove non abbia a ciò già provveduto, gli addetti allo svolgimento delle attività connesse con l'esecuzione del presente accordo quali "Incaricati" del Trattamento ai sensi e per gli effetti dell'art. 30 del D.Lgs 196/03.

### **CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE**

#### **ART. 1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

La Società fornisce le garanzie specificate nelle seguenti sezioni :

##### **A. SPESE MEDICHE IN VIAGGIO (RAMO 02)**

La durata massima della copertura assicurativa per tutte le destinazioni è **60 giorni**.

##### **A. SPESE MEDICHE IN VIAGGIO**

*I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti.*

**MASSIMALE: MONDO INCLUSI USA/CANADA € 100.000,00**

**CON PAGAMENTO DIRETTO – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata.**

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del viaggio, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto da parte della Centrale Operativa.

La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. La garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza.

Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero.

Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.

**A RIMBORSO – Anche senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, entro i sottolimiti indicati.**

**a)** La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.

**Massimali previsti: Italia € 500,00 – Estero € 2.500,00**

**b)** La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche, accertamenti diagnostici, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (*compreso il day hospital*), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio.

In caso di infortunio verificatosi in viaggio la Società rimborsa anche le spese per visite mediche e accertamenti diagnostici, purché effettuate nei 60 giorni successivi al rientro dal viaggio.

**Massimali previsti: Italia € 500,00 – Estero € 1.000,00**

**c)** La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio.

**Massimale previsto: € 150,00**

**A.2 - Decorrenza e operatività della sezione Assistenza e Spese Mediche in Viaggio**

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio e finisce al termine del viaggio stesso.

La garanzia è prestata nei limiti dei capitali e delle prestazioni del luogo ove si è verificato l'evento.

##### **A.3- Franchigia Spese Mediche in Viaggio**

L'indennizzo che, in caso di sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato, a termini di polizza, verrà liquidato previa detrazione di una franchigia fissa di € 50,00 per sinistro.

##### **A.4 - Esclusioni (ad integrazione delle esclusioni comuni)**

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi :

- se l'Assicurato (*o chi per esso*) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;
- viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (*anche temporanei*) emessi da un'Autorità pubblica competente;
- viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;

Non vengono erogate le prestazioni in quei paesi dove per motivi politici o meteorologici non è possibile prestare la garanzia.

Inoltre:

##### **A.4.1 - Spese Mediche in Viaggio**

La Società non prende in carico le spese conseguenti a:

- cure riabilitative e prestazioni fisioterapiche;

- b) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- c) cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie (*fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio*);
- d) interruzione volontaria della gravidanza;
- e) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;
- f) qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;
- g) acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto;
- h) le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio.

La garanzia non è altresì dovuta per i sinistri provocati o dipendenti da:

- parto naturale o con taglio cesareo;
- stati patologici dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tentato suicidio o suicidio.

#### **A.5 - Disposizioni e limitazioni**

L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza.

#### **ART. 2. ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione tutte le prestazioni qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa.

Sono altresì esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da :

- a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;
- b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;
- c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;
- d) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura;
- e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
- f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;
- g) dolo dell'Assicurato.

#### **ART. 3. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI COPERTURA DIRETTA DELLE SPESE MEDICHE**

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 al numero telefonico:

**+ 39 06 42 115 840**

Inoltre, dovrà qualificarsi come **"ASSICURATO FESPIT BY ESPRESSAMENTE VIAGGI E TURISMO"** e comunicare:

- dati anagrafici dell'Assicurato;
- numero di polizza **318624**;
- tipo di intervento richiesto;
- recapito telefonico temporaneo;
- dati dell'Ospedale (*nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente*);
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

#### **ART. 4. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO**

Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro:

- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- numero di polizza **318624**;
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato.

Fornendo altresì :

#### **■ Rimborso Spese Mediche :**

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.

#### **RICHIESTE DI RIMBORSO**

Inviare la denuncia del sinistro e i documenti giustificativi al seguente indirizzo:

Inter Partner Assistance S.A. - Travel - Ufficio Sinistri  
 Casella Postale 20175  
 Via Eroi di Cefalonia  
 00128 Spinaceto – Roma