TOURISTPASS
LA GARANZIA PER VIAGGIARE TRANQUILLI

Le condizioni contrattuali possono essere richieste all'Impresa tramite l'Agenzia di riferimento. I testi del presente Certificato sono un estratto della polizza TouristPass. Ai fini legali vale esclusivamente il testo integrale della polizza sottoscritta dal Contraente.

IN COLLABORAZIONE CON

Agenzia Viaggi ACITOUR

Tipologia Certificato	**TOP**

Sara Assicurazioni fornisce all'Assicurato, al verificarsi di un sinistro, le prestazioni di assistenza in virtù della polizza n° 2002011548 stipulata dal Contraente con Sara Assicurazioni medesima, nei limiti dei massimali previsti per ciascuna prestazione e senza costi aggiuntivi. Il presente certificato da diritto alle seguenti coperture assicurative, fino ai massimali sotto riportati per assicurato, operanti per le rispettive caselle contrassegnate con il segno "X", solo per il Viaggio per il quale è stato rilasciato:

X	Assistenza	
X	Spese Mediche	**€ 10.000,00**
X	Bagaglio	**€ 1.500,00**
X	Tutela Giudiziaria	**€ 1.000,00**
X	Responsabilità Civile in Viaggio	**€ 50.000,00**

TOURISTPASS è un prodotto **SARA Assicurazioni divisione ALA** distribuito da **ACI Global**

sara divisione ala

ACI GLOBAL accanto a te, sempre

DEFINIZIONI

Assicurato: l'avente diritto alle prestazioni di assistenza secondo le norme della presente polizza, che ha acquistato un Viaggio presso il Contraente;
Assicurazione: il contratto di Assicurazione senza oneri diretti o indiretti a carico dell'Assicurato;
Assistenza: l'aiuto tempestivo fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro;
Bagaglio: quanto l'Assicurato porta con sé per il fabbisogno personale e non professionale, durante il Viaggio;
Biglietto di Viaggio: Documento di trasporto in: treno (prima classe), aereo (classe economica), nave (classe turistica) o altro mezzo di trasporto;
Certificato di Assicurazione: documento numerato, rilasciato all'Assicurato al momento della prenotazione del Viaggio e riportante il numero identificativo, le prestazioni, le garanzie;
Contraente: ACITOUR di Obiettivo Turismo S.r.l. che stipula l'Assicurazione a favore delle persone fisiche che acquistano un Viaggio;
Estensione Territoriale: Italia (incluse Repubblica di San Marino e Città del Vaticano), Europa e Mondo;
Europa: Italia, tutti i paesi europei (sino a i confini dei Monti Urali) ed inoltre Canarie, Madera ed i seguenti paesi del bacino del Mediterraneo: Algeria, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia (limitatamente alla parte europea);
Familiare: coniuge/convivente (purché risultante dallo stato di famiglia), figlio/a, genero o nuora, fratello o sorella, genitore, suocero/a;
Franchigia: l'importo espresso in cifra fissa od in percentuale, che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun Sinistro;
Frazionamento: suddivisione dell'annualità assicurativa in periodi di tempo scelti dal Contraente per le modalità di pagamento del Premio annuo;
Frontespizio: il documento sottoscritto dalla Parti che forma parte integrante della Polizza;
Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;
Infortunio: evento dannoso dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni obiettivamente constatabili;
Istituto di cura: ospedale, clinica, casa di cura regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Italia: il territorio italiano, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano;
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 necessitato 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 alla data di inizio della copertura e che comunque non sia una manifestazione di una Malattia preesistente;
Malattia preesistente: Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla data di inizio della copertura.
Massimale: la somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia e/o la prestazione prevista;
Mondo: tutti i paesi del mondo (compresi Italia ed Europa);
Nucleo familiare: le persone risultanti dallo stato di famiglia;
Pandemia (o di natura pandemica) Una patologia ha natura pandemica quando è improvvisa ed invasiva quindi con tendenza a diffondersi rapidamente e con violenza in vaste aree geografiche su scala planetaria, coinvolgendo di conseguenza gran parte della popolazione mondiale nella malattia stessa o nel semplice rischio di contrarla, con capacità di trasmissione da uomo a uomo, derivante da un agente patogeno verso cui non è presente immunità specifica; una sindrome influenzale è di natura pandemica se derivante da un agente patogeno infettivo che causa malattie respiratorie per le quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida ed invasiva ed interessa molti paesi o continenti e/o gran parte della popolazione mondiale (ad esempio COVID 19).
Polizza: il documento che prova l'Assicurazione;
Premio annuo: la somma di denaro dovuta dal Contraente per l'intera annualità assicurativa;
Premio alla firma: la somma di denaro dovuta dal Contraente per il periodo intercorrente dalla data di decorrenza della Polizza alla data di emissione prima quietanza;
Premio minimo: la somma di denaro che il Contraente si obbliga a versare in ogni caso alla Società, nel corso dell'annualità assicurativa, e che è da intendersi garantito a favore della Società stessa;
Premio rate successive: la somma di denaro dovuta dal Contraente in relazione al Frazionamento del Premio annuo reso operante;
Premio di regolazione: la somma di denaro dovuta dal Contraente a conguaglio del Premio annuo;
Residenza: ai sensi dell'art. 43.2 del Codice Civile, il luogo in cui l'Assicurato risiede abitualmente e ha stabilito la propria Residenza anagrafica (abitazione) come risulta dal certificato anagrafico;
Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento;
Scoperto: la percentuale della somma liquidabile a termini di Polizza che rimane a carico dell'Assicurato;
Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa;
Società: Sara Assicurazioni S.p.A.;
Struttura Organizzativa: la struttura di ACI Global S.p.A., con sede sociale in via Stanislao Cannizzaro 83/A, 00156 Roma e con sede secondaria in Via Montalbino 3/5 - 20159 Milano costituita da: responsabili, personale (medici, tecnici, operatori) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza;
Vettore: società che esegue il trasporto di cose e persone per conto terzi;
Viaggio: lo spostamento dell'Assicurato dalla propria Residenza e/o il soggiorno organizzato dal Contraente nei termini e con le modalità previste dal contratto di Viaggio.

A) ASSICURAZIONE ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oggetto della garanzia

La Società fornisce all'Assicurato, iscritto e partecipante al Viaggio organizzato dal Contraente, al seguito del verificarsi di un Sinistro, le prestazioni di Assistenza di seguito specificate, fino alla concorrenza dei limiti previsti.

1. INFORMAZIONI SANITARIE

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni relative a:
- situazioni climatiche,
- profilassi, vaccinazioni, patologie locali,
- Istituti di cura, medici specialisti,
- cautele da adottare in relazione alla situazione sanitaria locale del Paese di destinazione del Viaggio,

la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà le informazioni richieste.

2. CONSIGLI DI UN MEDICO

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, abbia necessità di parlare per telefono con un medico per avere

consigli in merito alla patologia in corso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, fornirà i consigli medici richiesti.

3. TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, necessiti di essere trasferito presso il più vicino Istituto di cura o luogo attrezzato per il pronto soccorso, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare un'autoambulanza tenendo a proprio carico il relativo costo.

4. INFORMAZIONI CLINICHE SUL PAZIENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, venga ricoverato in un Istituto di cura, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi familiari, stabilirà un collegamento tra i propri medici di guardia della Struttura Organizzativa ed i medici che hanno in cura l'Assicurato sul posto, mantenendo informati i familiari sull'evoluzione del quadro clinico.

5. INVIO MEDICO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato necessiti di essere visitato da un medico generico presso la propria Residenza in Italia, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa avvenuti nel periodo compreso fra la data di iscrizione al Viaggio e la data di partenza e qualora i medici di guardia della Struttura Organizzativa lo giudichino necessario, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad inviare, tenendo a proprio carico l'onorario, un medico generico reperibile nella zona in cui risiede l'Assicurato. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze, a giudizio dei medici di guardia della Struttura Organizzativa, lo rendessero necessario, la stessa provvederà ad organizzare, tramite ambulanza, il trasferimento dell'Assicurato in un pronto soccorso. I costi dell'ambulanza sono a carico della Società.

6. SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa avvenuti in Viaggio emerga la necessità che l'Assicurato si debba sottoporre ad una visita specialistica, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnalerà all'Assicurato un medico nella zona in cui esso si trova. Ove non fosse disponibile alcun medico specialista, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, potrà segnalare un medico generico. Il costo della visita rimane a carico dell'Assicurato.

7. RECAPITO MEDICINALI URGENTI

Qualora, nel corso di un Viaggio all'estero, una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e prescritta all'Assicurato dal medico curante, fosse introvabile sul posto, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali nonché eventuali limitazioni in tema di commercializzazione e distribuzione del farmaco prescritto, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà a fargli pervenire quanto necessario con il mezzo più rapido.

La Società tiene a proprio carico le sole spese relative al reperimento ed al recapito dei medicinali, mentre il costo degli stessi rimane a totale carico dell'Assicurato il quale provvederà a rimborsare l'importo dovuto alla Società al suo rientro dal Viaggio. La prestazione non è operante qualora siano reperibili in loco specialità equivalenti oppure se le specialità richieste non siano registrate in Italia.

8. RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga colpito da Infortunio o Malattia improvvisa e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, previo consulto con i medici curanti sul posto, ritengano necessario un suo trasferimento dal luogo del Ricovero ad un Istituto di cura prossimo alla sua Residenza, allo scopo di assicurare una cura adeguata alla patologia dell'Assicurato, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, definirà le modalità del rientro e provvederà a:

a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato con mezzo idoneo a scelta della Società (aereo sanitario, aereo di linea eventualmente barellato, treno/vagone letto o autoambulanza); il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà aver luogo esclusivamente da tutti i Paesi definiti Europa; da tutti gli altri Paesi il trasferimento, ove necessario, avverrà esclusivamente, a scelta della Società, con aereo di linea, eventualmente barellato, limitatamente ai casi in cui le condizioni dell'Assicurato lo permettano. Diversamente non si darà luogo ad alcuna prestazione o Indennizzo;
b) assistere l'Assicurato, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato sono a carico della Società, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto.

Non danno luogo al trasferimento le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie, gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il Viaggio o che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

9. TRASFERIMENTO PER INCIDENTE DA DECOMPRESSIONE

Qualora l'Assicurato in Viaggio abbia manifestato la sintomatologia caratteristica di Malattia da decompressione o di embolia gassosa arteriosa a seguito di immersione subacquea con autorespiratore, la Società, tramite la Struttura Organizzativa e sulla base di valutazioni cliniche e previo accordo tra i propri medici ed il medico curante sul posto, organizzerà il trasporto sanitario dell'Assicurato infortunato dal luogo di primo Ricovero fino al centro sanitario iperbarico più vicino utilizzando, compatibilmente alle disponibilità locali, il mezzo disponibile più idoneo alle condizioni dell'Assicurato.

Il trasporto sarà effettuato con eventuale accompagnamento di personale medico e/o infermieristico.

Il costo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.200,00.

10. RIENTRO DEL CONVALESCENTE

Qualora l'Assicurato in Viaggio sia impossibilitato a rientrare alla sua Residenza con il mezzo inizialmente previsto, in quanto convalescente a seguito di un Infortunio o un Ricovero per Malattia improvvisa, la Società, tramite i medici di guardia della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro e provvederà a:

a) organizzare il trasferimento dell'Assicurato convalescente alla sua Residenza con il mezzo più idoneo: autoambulanza, aereo di linea (in classe economica), treno (in prima classe);
b) assistere, se necessario, l'Assicurato convalescente durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto (e che lo accompagnano), sono a carico della Società.

11. RIENTRO DI UN FAMILIARE O COMPAGNO DI VIAGGIO

Qualora si renda necessario il "Rientro sanitario" dell'Assicurato o il "Rientro del convalescente" oppure "Trasporto salma" purché organizzati dalla Società tramite la Struttura Organizzativa, la Struttura Organizzativa stessa organizzerà e la Società terrà a proprio carico, fino ad un massimo di € 1.000,00 complessivi e per evento, anche il rientro (contestuale o meno) dei familiari o di un solo Compagno di viaggio purché, in entrambe le ipotesi, siano assicurati con la Società e partecipanti al medesimo Viaggio.

La Società avrà facoltà di richiedere agli stessi i Documenti di trasporto non utilizzati.

12. FAMILIARE ACCANTO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e non possa essere dimesso entro 10 giorni dalla data del Ricovero e, in assenza di un Familiare sul posto, richieda di essere raggiunto da un componente del suo Nucleo familiare, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il Viaggio del Familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un Documento di trasporto, andata e ritorno, tenendo a proprio carico i relativi costi. La Società terrà a proprio carico le spese alberghiere del Familiare (pernottamento e prima colazione) fino a € 80,00 al giorno, per un massimo di 10 giorni. Resta esclusa qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Questa prestazione viene fornita in alternativa alla prestazione "Rientro di un Familiare o Compagno di Viaggio".

13. RIENTRO DEI FIGLI MINORI

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e non possa prendersi cura dei figli minori di anni 18 che viaggiano insieme a lui, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il Viaggio di un componente del Nucleo familiare dell'Assicurato, o di una persona da lui espressamente designata, mettendo a disposizione un Documento di trasporto andata e ritorno per permettergli di raggiungere i minori in loco e riaccompagnarli presso la loro Residenza, tenendone a carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

14. RIENTRO ANTICIPATO

Qualora l'Assicurato in Viaggio debba ritornare alla sua Residenza prima della data programmata, per l'avvenuto Ricovero in condizioni di imminente pericolo di vita o per decesso di un Familiare, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare il viaggio di rientro, mettendo a disposizione dell'Assicurato un Documento di trasporto tenendo a proprio carico il relativo costo.

La Società ha il diritto di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante l'evento che ha dato luogo alla prestazione.

15. TRASPORTO DELLA SALMA

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in Viaggio fino al luogo di sepoltura nel suo Comune di Residenza, tenendo a proprio carico le relative spese di trasporto. Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre. Qualora si renda necessario il riconoscimento della salma, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, metterà inoltre a disposizione di un componente del Nucleo familiare dell'Assicurato un Documento di trasporto, andata e ritorno, per recarsi nel luogo dove si trova la salma.

Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate. Il Massimale complessivo a carico della Società per il trasporto della salma ed il Viaggio del Familiare è di € 5.000,00.

16. INVIO SOMME DI DENARO

Qualora l'Assicurato in Viaggio debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità e non gli sia possibile farne fronte direttamente ed immediatamente, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società, in Italia, l'importo richiesto. Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto o a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

17. INVIO CAUZIONE PENALE

Qualora l'Assicurato in Viaggio all'estero si trovi in stato di arresto o minaccia di arresto a seguito di fatto colposo e sia tenuto a pagare una cauzione penale per la sua liberazione, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, chiederà all'Assicurato di mettere a disposizione della Società, in Italia, l'importo richiesto. Successivamente la Società si impegnerà a pagare sul posto o a far pervenire l'importo suddetto all'Assicurato.

18. TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in Viaggio si trovi in stato di necessità o venga ricoverato a causa di Infortunio o Malattia oppure sia in stato di arresto a seguito di fatto colposo e per questi motivi sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà all'inoltro di tali messaggi.

19. INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato, in Viaggio, venga ricoverato a causa di Infortunio o Malattia ed incontri difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà a reperire in loco un interprete e terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

20. PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato in Viaggio venga ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia e le condizioni di salute, certificate dai medici di guardia della Struttura Organizzativa previa informativa con i medici curanti, non gli permettessero di intraprendere il viaggio di rientro alla sua Residenza nella data prestabilita, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare l'eventuale prenotazione di un albergo, tenendo a proprio carico le spese (camera e prima colazione) per un massimo di 5 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo di € 100,00 giornaliere per Assicurato ed un massimo di € 500,00 per periodo assicurativo.

Qualora l'Assicurato in Viaggio risultasse positivo alla patologia infettiva COVID 19 con diagnosi comprovata da certificazione medica, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, provvederà ad organizzare l'eventuale prenotazione di un albergo, tenendo a proprio carico le spese (camera e prima colazione) per un massimo di 15 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino ad un importo massimo di Euro 1.000,00 per periodo assicurativo

La presente estensione non è operante nei casi in cui:

- lo stato patologico infettivo COVID 19 fosse già conosciuto e/o diagnosticato al momento della partenza;
- lo stato patologico infettivo COVID 19 fosse già presente al momento della partenza (anche in forma asintomatica)
- al momento della partenza fosse già stata prevista per il soggetto la quarantena preventiva.

E' esclusa qualsiasi altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

21. SPESE TELEFONICHE

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese telefoniche per attivare la Struttura Organizzativa al fine di richiedere le prestazioni di Assistenza previste, la Società rimborserà tali spese (purché documentate), fino alla concorrenza di un importo massimo di € 100,00 per Assicurato.

B) ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

Oggetto della garanzia

La Società, in caso Malattia improvvisa od Infortunio, purché risultanti da certificazione medica che ne attesti la patologia, assicura, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo, il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato durante il Viaggio avvenuto nel periodo di validità della garanzia ed a condizione che tale Viaggio sia organizzato dal Contraente.

RISCHI ASSICURATI - DIARIA PER ISOLAMENTO DA EVENTO PANDEMICO

Derogando all'art. 6.2 Esclusioni lettera f), nel caso in cui venisse disposta dalle Autorità sanitarie l'isolamento domiciliare obbligatorio dell'Assicurato in viaggio con conclamata positività a patologia pandemica, la Società provvederà al pagamento di un'indennità giornaliera. L'indennità dovuta a termini di quanto precede, spetta a partire dal giorno stesso dell'isolamento domiciliare fino al giorno antecedente a quello della conclusione dell'isolamento, fermi i limiti di indennizzo di cui all'art. 2.3.

RISCHI ASSICURATI – INDENNIZZO FORFETARIO PER RICOVERO DA PATOLOGIA PANDEMICA

Derogando all'art. 6.2 Esclusioni lettera f), in caso di ricovero presso un Istituto di cura, avvenuto durante il viaggio, dovuto a patologia pandemica, che avvenga in regime di terapia intensive, la Società provvederà a corrispondere all'Assicurato, successivamente alla dimissione dall'Istituto di cura, un'indennità forfetaria, a titolo di una tantum per convalescenza.

Massimali e limiti

a) La garanzia Rimborso Spese Mediche è prestata fino alla concorrenza, per ciascun Assicurato, del Massimale previsto in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo con le seguenti limitazioni:
   - rette di degenza: fino a € 250,00 al giorno;
   - spese di autoambulanza: fino a € 150,00;
   - cure odontoiatriche conseguenti ad Infortunio: € 150,00;
   - Diaria per isolamento da evento pandemico (art. 2.1): € 50,00 al giorno corrisposti per un Massimo di 20 giorni per sinistro.
   - Indennizzo forfetario per ricovero da patologia pandemica (art. 2.2): una tantum di € 1.000,00.

   Il Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo è valido ed operante per l'intero periodo di durata del Viaggio e, in caso di Sinistro, si intende ridotto di un importo uguale a quello del danno indennizzato o indennizzabile, con effetto immediato e fino al termine dell'efficacia contrattuale.
b) Limitatamente agli Assicurati residenti in Italia, qualora abbiano usufruito della prestazione "**TRASFERIMENTO PER INCIDENTE DA DECOMPRESSIONE**", la Società rimborserà le spese per terapie iperbariche sostenute dopo il rientro, in un Istituto di cura in Italia, purché prescritte da un Medico specialista ed effettuate entro 40 giorni dall'evento che ha causato la Malattia da decompressione o l'embolia gassosa arteriosa, fino ad un massimo di € 250,00.
c) Per i casi di Ricovero di durata superiore a tre giorni, qualora la Struttura Organizzativa non sia stata informata del Ricovero stesso entro 24 ore dall'evento, sarà applicato uno Scoperto del 30% sull'importo indennizzabile a termini delle condizioni d'Assicurazione.
d) Per i sinistri verificatisi in Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale o sia garantito da altra Assicurazione per il rimborso delle spese mediche, la presente Polizza è operante soltanto per le spese mediche non risarcite dalle altre assicurazioni e rimaste a carico dell'Assicurato stesso.
e) Il Massimale per Sinistro che veda coinvolti più Assicurati è fissato in € 520.000,00.

Franchigia

L'Indennizzo che, in caso di Sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato a termini di Polizza, verrà effettuato previa detrazione di una Franchigia relativa di € 50,00 per ogni Sinistro. Tale Franchigia relativa sarà applicata soltanto se l'ammontare del danno è pari od inferiore alla Franchigia stessa. Ne consegue che tutti i sinistri di entità superiore (entità determinata in base ai criteri contrattualmente previsti) saranno integralmente indennizzabili.

DETERMINAZIONE DEL DANNO

- **Pagamento diretto**

  Nel caso in cui l'Assicurato debba essere ricoverato all'estero e l'Indennizzo delle spese che andrà a sostenere si prevede debba superare € 500,00, l'Assicurato stesso (o chi per esso) potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa la quale prenderà in carico tale segnalazione e la trasmetterà alla Società perché provveda a pagare direttamente l'importo delle prestazioni (alle condizioni e nei limiti contrattualmente previsti) alla struttura sanitaria ove è ricoverato l'Assicurato. La Società, nel caso abbia effettuato pagamenti che, anche a posteriori, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti, si riserva il diritto di richiedere all'Assicurato la restituzione di dette somme e l'Assicurato riconosce esplicitamente tale diritto e si impegna a rimborsare quanto dovuto alla Società.
- **Pagamento indiretto**

  In tutti gli altri casi, la Società, valutata la documentazione pervenuta, procederà alla liquidazione del danno ed al relativo pagamento, qualora sussistano tutte le condizioni per l'operatività della garanzia. Nel caso di spese sostenute all'estero, il rimborso verrà effettuato in Italia e calcolato al cambio ufficiale di chiusura della Borsa di Milano in vigore il giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese mediche.

  L'Assicurato, a richiesta della Società, dovrà inoltre fornire probante documentazione del rispetto delle Leggi anti-riciclaggio e bancarie ed in assenza di ciò la Società non procederà alla liquidazione del Sinistro.

C) ASSICURAZIONE BAGAGLIO

Oggetto della garanzia

La Società, nei limiti del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo, indennizza i danni materiali e diretti al Bagaglio dell'Assicurato durante il Viaggio avvenuto nel periodo di validità della garanzia, compresi i capi di vestiario indossati, causati da: furto; incendio; rapina; scippo; nonché perdita o danneggiamento imputabili a responsabilità di qualsiasi Vettore o dell'albergatore.

La Società, inoltre, in aggiunta a detto Massimale, rimborserà sino a:

- € 100,00 le spese comprovate sostenute dall'Assicurato per il rifacimento dei documenti d'identità (carta d'identità, passaporto, patente) nei casi di furto, rapina, scippo;
- € 250,00 le spese sostenute dall'Assicurato per il fabbisogno personale relativamente ad acquisti di prima necessità; a seguito di Sinistro risarcibile o ritardo aereo comprovato e superiore alle 24 ore, nella riconsegna del Bagaglio. La richiesta dovrà essere documentata con fatture o ricevute di acquisto in originale.

Massimali e limiti

La garanzia Bagaglio è prestata fino alla concorrenza, per ciascun Assicurato, del Massimale previsto in Polizza e riportato sul Certificato con i seguenti limiti:

- per singolo oggetto: massimo risarcimento pari al 10% della somma assicurata;
- limitatamente ai seguenti oggetti, l'Indennizzo massimo non potrà complessivamente superare il 50% del Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo e la copertura assicurativa si intende operante per le sole garanzie scippo e rapina:
  a) oggetti di metallo prezioso, orologi e pietre preziose;
  b) pellicce;
  c) apparecchiature fotocineottiche e loro accessori;
  d) radio, televisori, registratori, apparecchiature elettroniche in genere e loro accessori;
  e) strumenti musicali;
  f) armi.
- Il Massimale indicato in Polizza e riportato sul Certificato assicurativo è valido ed operante per l'intero periodo di durata del Viaggio e, in caso di Sinistro, si intende ridotto di un importo uguale

a quello del danno indennizzato o indennizzabile, con effetto immediato e fino al termine dell'efficacia contrattuale.

- Limitatamente ai danni subiti in occasione di trasporto aereo, poiché il Bagaglio viene accertato, dal Vettore, come definitivamente smarrito non prima di 60 giorni dalla data di denuncia risultante sul rapporto d'irregolarità (Property Irregularity Report), è facoltà della Società (ricevuta la necessaria e completa documentazione) attendere che sia trascorso tale termine, per verificare l'operatività della garanzia, valutare il danno e provvedere al pagamento dell'Indennizzo a termini delle condizioni contrattuali.
- L'Indennizzo corrisposto dalla Società in base alle condizioni contrattuali sarà effettuato al netto di quanto già indennizzato dal Vettore o dall'albergatore responsabile ai sensi di legge del danno, e fino alla concorrenza del Massimale assicurato.
- Si prevede espressamente che, qualora l'Indennizzo corrisposto dal Vettore o dall'Albergatore fosse superiore al Massimale assicurato, nulla sarà dovuto dalla Società.

Determinazione del danno

Il risarcimento avverrà in base al valore a nuovo (intendendosi per tale il prezzo originario di acquisto) per i beni acquistati nei tre mesi precedenti la data del Sinistro, purché sia il valore che il possesso dei beni e la data di acquisto risultino provati da apposita documentazione riferita a tali beni oggetto del Sinistro (fatture, ricevute fiscali, scontrini e simili).
In caso diverso per il risarcimento si terrà conto della semplice vetustà del bene all'atto del Sinistro, indipendentemente dallo stato di conservazione ed utilizzo del bene stesso. In tal caso verrà applicato un degrado calcolato come segue:

a) in presenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi:
   1) oltre i tre e fino ai sei mesi precedenti la data del Sinistro: degrado del 30%;
   2) oltre i sei mesi: degrado del 50%;
b) in assenza di documentazione probante il possesso dei beni e la data di acquisto degli stessi: degrado del 60%.

D) ASSICURAZIONE TUTELA GIUDIZIARIA

Oggetto della garanzia

La Società, per ciascun Assicurato e fino alla concorrenza di € 1.000,00 (così come riportato sul Certificato assicurativo) nonché alle condizioni che seguono, garantisce il pagamento delle spese, sopportate dall'Assicurato, legali e peritali, giudiziali, in sede civile e penale, per ogni grado di giudizio, compreso arbitrato rituale ed irrituale, di un Sinistro rientrante in garanzia.
Le garanzie sono prestate in caso di evento non doloso, verificatosi in relazione alla partecipazione dell'Assicurato al Viaggio e soggiorno organizzati dal Contraente nonché per rappresentare l'Assicurato stesso che sia convenuto in un giudizio.

Gestione del sinistro - Scelta del legale

L'Assicurato, per la tutela dei suoi interessi, dopo aver fatto la denuncia di Sinistro, deve scegliere un legale di sua fiducia, fra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio od hanno sede gli Uffici Giudiziari competenti, comunicandone immediatamente il nominativo alla Società.
La Società non è responsabile dell'operato dei Legali designati.
L'Assicurato potrà dare corso, di propria iniziativa, ad azione e addivenire alla definizione della vertenza solo previa autorizzazione della Società, pena la inoperatività della garanzia. Tutta la documentazione e tutti gli atti giudiziari predisposti dal Legale devono essere trasmessi alla Società.

E) RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

Oggetto dell'assicurazione

La Società tiene indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a Terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione alla sua partecipazione al Viaggio e soggiorno organizzati dal Contraente avvenuti nel periodo di validità della garanzia. L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da un fatto accidentale di persone delle quali debba rispondere, accaduto sempre durante il Viaggio e soggiorno assicurato.

Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi, ai fini dell'Assicurazione di responsabilità civile: il coniuge, il convivente (risultante sullo stato di famiglia), i genitori, i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente od affine con lui convivente.

Massimali e franchigia

Il Massimale assicurato e riportato sul Certificato assicurativo, si intende operante per Sinistro, per il periodo della durata della singola copertura e per Assicurato ed è pari ad € 50.000,00.
Il Massimale stabilito resta, per ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.
In ogni caso resta a carico di ciascun Assicurato una Franchigia fissa di € 150,00.

Gestione delle vertenze e spese legali

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

ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per:

Esclusioni operanti per tutte le garanzie

a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, nonché calamità naturali dichiarate tali dalle competenti Autorità (fatto salvo quanto previsto per la garanzia Annullamento Viaggio se operante);
c) sviluppo, comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
d) abuso di alcolici, psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
e) malattie correlate a sindrome da immunodeficienza acquisita;
f) atti dolosi (compreso il suicidio o tentato suicidio) nonché quelli commessi con colpa grave.

Resta inoltre inteso che si intendono esclusi i sinistri avvenuti al di fuori del periodo di Viaggio organizzato dal Contraente.

Esclusioni operanti per la garanzia ASSISTENZA

Premesso che, in ogni caso, la garanzia Assistenza non sarà operante se l'intervento non sia stato preventivamente autorizzato dalla Struttura Organizzativa, resta inteso che l'Assicurazione non è operante per:

a) ricoveri o prestazioni sanitarie che siano la conseguenza di situazioni patologiche croniche e/o già in atto alla data di stipulazione della presente Polizza e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
b) malattie nervose, mentali, comportamenti nevrotici e disturbi psichici in genere;
c) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26a settimana di gestazione e dal puerperio, interruzione volontaria della gravidanza nonché le prestazioni e/o le terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza;
d) sinistri accaduti ad Assicurati che non si sono sottoposti alle misure di profilassi richieste obbligatoriamente dall'autorità sanitaria del Paese di destinazione;
e) per sinistri accaduti durante la partecipazione a gare di atletica pesante, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci od idrosci, scalata di roccia o ghiacciaio, free climbing. La partecipazione a qualsiasi gara sportiva a livello professionistico comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa.

L'estensione COVID 19 prevista nella prestazione "Prolungamento del soggiorno" non operante nei casi in cui:

f) lo stato patologico infettivo COVID 19 fosse già conosciuto e/o diagnosticato al momento della partenza;
g) lo stato patologico infettivo COVID 19 fosse già presente al momento della partenza (anche in forma asintomatica);
h) al momento della partenza fosse già stata prevista per il soggetto la quarantena preventiva.

Sono esclusi, in ogni forma, eventuali rimborsi per prestazioni previste in Polizza che l'Assicurato abbia provveduto ad organizzare direttamente e con aiuto di soggetti estranei alla Società, senza preventivo contatto ed accordo con la Struttura Organizzativa.

Esclusioni operanti per la garanzia RIMBORSO SPESE MEDICHE

L'Assicurazione non è operante per:

a) ricoveri o prestazioni sanitarie che siano la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche e/o già in atto alla data di stipulazione della presente Polizza e/o le loro conseguenze, ricadute o recidive;
b) malattie nervose, mentali, comportamenti nevrotici e disturbi psichici in genere;
c) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26a settimana di gestazione e dal puerperio, interruzione volontaria della gravidanza nonché le prestazioni e/o le terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza;
d) spese mediche sostenute per infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei nonché infortuni durante la partecipazione a gare di atletica pesante, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, paracadutismo, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci od idrosci, scalata di roccia o ghiacciaio, free climbing. La partecipazione a qualsiasi gara sportiva a livello professionistico comporta l'esclusione dalla copertura assicurativa;
e) sinistri accaduti ad Assicurati che non si sono sottoposti alle misure di profilassi richieste obbligatoriamente dall'autorità sanitaria del Paese di destinazione.

f) Quarantena e/o pandemia (dichiarata dall'OMS) di gravità e virulenza tale da comportare un'elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo

Sono esclusi dalla copertura di cui agli artt. DIARIA PER ISOLAMENTO DA EVENTO PANDEMICO e INDENNIZZO FORFETARIO PER RICOVERO DA PATOLOGIA PANDEMICA:

g) 1. Le patologie ed infezioni diverse da quelle pandemiche;
h) 2. Lo stato patologico pandemico se già conosciuto e/o diagnosticato al momento della stipula del contratto;
i) 3. Lo stato patologico pandemico già presente al momento della stipula del contratto (anche in forma asintomatica);
j) 4. L'isolamento domiciliare obbligatorio se già previsto per l'Assicurando al momento della stipula del contratto;
k) 5. La patologia pandemica che rappresenti Malattia professionale, come definita dal DPR 30/06/65 n° 1124 e successive variazioni.

Sono escluse dal rimborso anche le spese mediche sostenute:

l) dopo il termine del Viaggio, cioè al rientro dell'Assicurato alla propria Residenza (salvo quanto diversamente specificato alle singole garanzie);
m) per cura o eliminazione di difetti fisici, malformazioni congenite e/o di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio verificatosi nel corso della copertura), per acquisto ed applicazioni di apparecchi ortopedici e protesici in genere, per acquisto di occhiali e/o lenti a contatto, per cure infermieristiche, fisioterapiche, termali e dimagranti;
n) per cure dentarie od applicazioni di protesi dentarie non conseguenti ad Infortunio.

Esclusioni operanti per la garanzia BAGAGLIO

L'Assicurazione non è operante per:

a) i danni determinati o agevolati da dolo, colpa grave, negligenza od incuria dell'Assicurato, di suoi familiari, di suoi dipendenti o di altre persone che agiscono per lui;
b) i danni causati dall'aver dimenticato, smarrito o perduto un oggetto;
c) i danni da rottura, a meno che siano conseguenza di furto, rapina o scippo oppure siano dovuti ad un Incidente occorso al mezzo di trasporto e/o siano causati dal Vettore;
d) i danni dovuti a bagnamento o colaggio di liquidi;
e) i danni causati alle attrezzature sportive durante il loro utilizzo;
f) i danni verificatisi quando:
   - il Bagaglio sia lasciato a bordo di motoveicoli anche se riposto nell'apposito bagagliaio;
   - il Bagaglio sia lasciato a bordo di autoveicolo che non sia stato regolarmente chiuso a chiave con tutti gli eventuali congegni di sicurezza inseriti ed il Bagaglio non sia stato riposto in un vano non visibile dall'esterno, debitamente chiuso a chiave. Il Veicolo deve essere parcheggiato, dalle ore 20.00 alle ore 07.00, in un parcheggio custodito.

Sono inoltre esclusi dalla garanzia:

g) gli accessori fissi o di servizio dei veicoli, intendendosi per tali anche autoradio/registratore estraibile o altre apparecchiature elettriche o elettroniche;
h) il denaro in ogni sua forma (banconote, assegni, carte di credito e simili), biglietti di viaggio, documenti diversi da quelli di identità, titoli e collezioni di qualsiasi natura, merci, campionari, cataloghi, souvenir, oggetti d'arte, attrezzature professionali, telefoni, occhiali da vista e da sole, lenti a contatto e caschi;
i) i beni che non risultano indicati nella denuncia sporta alle Autorità competenti;
j) i beni di consumo (intendendosi per tali, a puro titolo esemplificativo, creme, profumi, bevande, medicinali, sigarette) nonché i beni acquistati durante il viaggio salvo gli acquisti di prima necessità sostenuti per fabbisogno personale in conseguenza di Sinistro risarcibile a termini di Polizza;
k) i beni consegnati ad impresa di trasporto o di spedizioni quando questi non viaggiano insieme all'Assicurato;
l) il Bagaglio lasciato nella tenda da campeggio.

In nessun caso verrà risarcito il cosiddetto "valore affettivo" che gli oggetti perduti o danneggiati avevano per l'Assicurato né il danno conseguente al mancato uso o godimento dei medesimi.

Esclusioni operanti per la garanzia TUTELA GIUDIZIARIA

L'Assicurazione non è operante:

a) quando la controversia deriva da fatto doloso o da rapporto contrattuale (come, ad esempio, il contratto con l'organizzatore del Viaggio, il contratto di locazione dell'abitazione per le vacanze);
b) per fatti derivanti dalla circolazione di veicoli a motore e/o natanti di proprietà e/o in uso all'Assicurato;
c) quando si tratti di controversie in sede penale per le quali, secondo le leggi locali, è prevista l'oblazione in via breve.

Sono inoltre sempre esclusi dalla garanzia:

d) il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
e) gli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere);
f) le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario.

Esclusioni operanti per la garanzia RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

L'Assicurazione non è operante per sinistri:

a) derivanti dalla proprietà, possesso, impiego, guida e circolazione di veicoli a motore, natanti e/o aeromobili e/o trasporti in genere;
b) a cose che l'Assicurato, o suoi familiari, abbiano in consegna o custodia o detengano a qualsiasi titolo nonché a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
c) derivanti da atti volontari, premeditati od illegittimi provocati o compiuti dall'Assicurato;
d) causati da animali posseduti o custoditi dall'Assicurato e/o suoi familiari;
e) inerenti all'attività professionale dell'Assicurato nonché quelli derivanti dalla partecipazione a qualsiasi tipo di attività sportiva.

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve darne avviso alla Società secondo le modalità previste alle singole prestazioni assicurative come di seguito indicato. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art.1915 del Codice Civile.

Inoltre, l'Assicurato, o chi per esso, dovrà inviare alla Società la dichiarazione sottoscritta per il consenso al trattamento dei dati personali generali e sensibili in base al D. Lgs. 196/2003.

A) ASSISTENZA

Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato o chi per esso, non si sia rivolto alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro.

Viene fatta eccezione per il caso in cui l'Assicurato non possa mettersi in contatto con la Struttura Organizzativa per causa di forza maggiore (come per esempio intervento delle forze dell'ordine e/o di servizi pubblici di emergenza) che dovrà essere debitamente documentata (verbale o certificato di pronto soccorso. La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Di conseguenza, in caso di Sinistro, l'Assicurato o qualsiasi altra persona agisse in sua vece, deve darne immediata comunicazione esclusivamente alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24, contattandola ai seguenti numeri:

dall'Italia 02 66 165 520
dall'Estero +39 02 66 165 520
fax +39 02 66 100 944

e comunicare:

a) le generalità complete dell'Assicurato ed un recapito telefonico;
b) l'indirizzo – anche temporaneo – ed il numero di telefono del luogo di chiamata;
c) il numero riportato sul Certificato assicurativo;
d) la prestazione richiesta.

L' Assicurato si obbliga inoltre:

e) a sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Società;
f) a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
g) a produrre, su richiesta della Società, copia conforme all'originale della cartella clinica o del certificato medico comprovante il tipo di patologia e/o l'intervento eseguito;
h) a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Per usufruire della prestazione "Spese telefoniche" l'Assicurato deve inviare alla Società i giustificativi delle spese sostenute dai quali risulti che il numero chiamato e la spesa sostenuta si riferiscono ai contatti con la Struttura Organizzativa.

Una volta ricevute le informazioni di cui sopra, la Società, tramite la Struttura Organizzativa, si assicurerà che il richiedente abbia diritto alle prestazioni e convaliderà il suo diritto ad usufruirne.

Qualora emerga successivamente che la prestazione sia stata fornita a persona non avente diritto, la Società ha il diritto di recuperare i costi relativi presso chi ha usufruito delle prestazioni.

L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, a richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Struttura Organizzativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, quest'ultimo, su indicazione della Struttura Organizzativa, dovrà fornire sufficienti garanzie di restituzione delle somme anticipate ritenute sufficienti dalla Società.

B) RIMBORSO SPESE MEDICHE

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, deve:

a) in caso di Ricovero informare la Struttura Organizzativa entro 24 ore dall'evento, con le modalità precedentemente indicate;
b) darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto e fornendo le proprie generalità, il suo recapito e facendo pervenire anche copia del Certificato assicurativo;

c) far pervenire alla Società il certificato medico o la cartella clinica della patologia sofferta e/o dell'intervento eseguito nonché la prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati e le ricevute, in originale, delle spese sostenute;
d) far pervenire alla Società copia del Certificato assicurativo.

L' Assicurato si obbliga inoltre a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato e, su richiesta della Società, a fornire ogni documentazione e a sottoporsi agli accertamenti medici necessari a provare il diritto al rimborso delle spese sostenute nonché a fornire alla Società qualsiasi altra documentazione comprovante l'evento.

C) BAGAGLIO

In caso di Sinistro l'Assicurato, o chi per esso, ha l'obbligo di darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal termine del Viaggio, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto.

Inoltre, l'Assicurato deve sporgere regolare denuncia alle Autorità Giudiziarie o di Polizia e trasmetterla alla Società. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo (danni, rotture, ammanchi, ritardata o mancata riconsegna e simili), l'Assicurato deve effettuare immediata denuncia presso l'apposito ufficio (Lost and Found) facendosi rilasciare il rapporto d'irregolarità bagaglio (Property Irregularity Report). Deve inoltre presentare reclamo scritto al Vettore aereo trasmettendo alla Società la conferma del danno subito od il mancato ritrovamento e l'importo rimborsato dal Vettore stesso.

L'Assicurato deve inoltre inviare alla Società:

a) l'elenco dettagliato delle cose danneggiate o rubate, nonché l'idonea documentazione comprovante l'acquisto dei beni (fatture, scontrini, ricevute e simili);
b) le fatture di riparazione o la dichiarazione d'irreparabilità in caso di rottura redatta su carta intestata da parte di uno specialista del settore di pertinenza;
c) giustificativi delle spese, se sostenute, per il rifacimento dei documenti di identità;
d) copia del Certificato assicurativo.

D) TUTELA GIUDIZIARIA

In caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di:

a) darne avviso scritto alla Società appena possibile e comunque entro 5 giorni dal Sinistro, precisando le circostanze in cui il fatto è accaduto ed inviando tutti gli atti ed i documenti inerenti al Sinistro. In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere alla Società, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al Sinistro.
b) fornire le proprie generalità, il recapito telefonico, copia del Certificato assicurativo.

E) RESPONSABILITA' CIVILE IN VIAGGIO

L'Assicurato si obbliga a non compiere atti di transazione con Terzi danneggiati né accertare il riconoscimento di responsabilità, senza il preventivo consenso della Società. Si obbliga a denunciare con precisione i fatti, indicando le generalità dei danneggiati e dei testimoni, le date ed i luoghi e comunque a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al Sinistro, unitamente a copia del Certificato assicurativo.

Tutte le richieste di rimborso devono essere inviate a:
SARA ASSICURAZIONI S.p.A. divisione ALA - Servizio Liquidazione Sinistri c/o ACI Global S.p.A. - Via Montalbino, 3/5 - 20159 Milano
e-mail: servizio.sinistri@aciglobal.it

Le prestazioni di Assistenza non prevedono alcuna forma di rimborso o di Indennizzo qualora l'Assicurato, o chi per esso, non si sia rivolto alla Struttura Organizzativa al momento del Sinistro.

La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione attinente il Sinistro denunciato, necessaria per una corretta valutazione della richiesta di rimborso.