NOBIS ASSICURAZIONI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
MULTIRISCHIO VIAGGI

FILO DIRETTO TRAVEL

DATA DI ULTIMO AGGIORNAMENTO: MODELLO 6003 – EDIZIONE 01.12.2020

Il Set Informativo prevede i seguenti documenti:
a) Dip Base;
b) Dip Aggiuntivo;
c) Glossario;
d) Condizioni di assicurazione
che devono essere consegnati al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente l'Informativa Precontrattuale

Documento redatto secondo le linee guida del tavolo tecnico ANIA – Associazioni dei consumatori – Associazioni intermediari – per "Contratti semplici e chiari".

GRUPPO NOBIS

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE RAMO DANNI

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: Filo diretto Travel**

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel seguente documento:

- Set informativo

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

La Polizza può presentare una serie di garanzie preposte alla tutela di coloro che viaggiano, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente prima e durante i viaggi quali le spese per il pagamento di penali in caso di cancellazione del viaggio, il furto e lo smarrimento del bagaglio, l'Assistenza domiciliare, l'Assistenza al veicolo, la Interruzione viaggio a seguito di quarantena o isolamento, le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario e gli infortuni. Il tutto completato da prestazioni di Assistenza alla persona che rendono ancora più globale l'offerta.

Si rammenta come le coperture effettivamente operanti saranno esclusivamente quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente e contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

CHE COSA È ASSICURATO?

Di seguito sono presentate riassuntivamente le principali garanzie operanti nel Prodotto Filo diretto Travel. Si rammenta che le garanzie operanti sono riportate nella scheda di polizza sottoscritta dal Contraente e presenti nelle Condizioni di assicurazione che fanno parte del Set Informativo.

✓ **Spese mediche**

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza e nelle condizioni di assicurazione verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti, non procrastinabili e imprevedibili, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

✓ **Diaria da ricovero a seguito di infezione da Covid-19**

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute.

✓ **Indennità da convalescenza**

L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a € 1.500,00 al momento della dimissione dell'Assicurato stesso dal reparto di Terapia Intensiva dell'Istituto di Cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19. La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato in un reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

✓ **Assistenza alla persona e alla abitazione**

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

✓ **Bagaglio**

L'Impresa garantisce entro i massimali indicati nella scheda di polizza il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie, e mancata riconsegna da parte del vettore.

✓ **Annullamento Viaggio all risk**

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

✓ **Assistenza domiciliare**

L'Impresa tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario, invia un medico in caso di urgenza, effettua il trasporto in ambulanza e fornisce assistenza infermieristica per i famigliari che rimangono a casa.

✓ **Infortuni**

L'Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti al massimale indicati in polizza qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino la morte o invalidità permanente.

✓ **Assistenza al Veicolo**

Sono previste alcune prestazioni di Assistenza al veicolo tra le quali il soccorso stradale e traino, l'Autista, spese di albergo sono operanti durante il trasferimento dell'Assicurato per recarsi dalla propria residenza fino alla stazione di partenza del viaggio (ferroviaria, marittima, aeroportuale) o nella località prenotata e viceversa purchè in paesi dell'Unione Europea.

✓ **Interruzione soggiorno a seguito di quarantena o isolamento**

Qualora a seguito di un provvedimento di permanenza domiciliare dell'Assicurato disposto dalle Autorità per quarantena o isolamento, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa quanto segue:

1. le penali addebitate per servizi a terra prenotati e non usufruiti entro il limite di € 1.500,00 per Assicurato;
2. i costi relativi alla modifica o al rifacimento della biglietteria originariamente acquistati al fine di far ritorno alla propria residenza, fino ad € 1.000,00 per Assicurato e al netto di eventuali rimborsi ricevuti dal Vettore;
3. le eventuali spese alberghiere/di soggiorno a carico dell'Assicurato per il periodo di Quarantena entro il limite di euro 100,00 al giorno per un massimo di 14 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

✕ Per la garanzia “Infortuni” non sono assicurabili le persone di età pari o superiore a 75 anni di età.

✕ Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell’Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito https://watchlists.ihsmarkit.com che al momento della partenza 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.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

! Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;
- atti di terrorismo ad eccezione delle garanzie di Assistenza e Spese mediche e a quanto previsto per la garanzia Annullamento Viaggio;
- terremoti, tsunami, onde anomale, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell’Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un’Autorità pubblica competente;
- viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l’utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell’aria, dell’acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- fallimento del Vettore, dell’organizzatore del viaggio o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- malattie con sintomatologia in atto al momento della sottoscrizione della polizza per la garanzia “Annullamento viaggio” e della partenza del viaggio per le garanzie “Rimborso spese mediche” e “Assistenza alla persona”;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
- pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus attualmente in circolazione e denominato “Covid-19”;
- Annullamento del viaggio derivante da restrizioni alla circolazione che riguardino il luogo di residenza e/o quello di partenza e/o quello di transito e/o quello di destinazione del viaggio acquistato dall’Assicurato che possa dar luogo a rimborso o emissione di voucher a carico del Vettore;
- Quarantena volontaria e/o non riconducibile a circostanze per le quali la legge ne prescrive l’esecuzione;
- pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico ed estremo, tiro con l’arco, attività ciclistiche, speleologia, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d’acqua, rafting, Canyoning, kite–surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, arti marziali, boxe, football americano, beach soccer, snowboard, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, attività equestri, karting, moto d’acqua, guidoslitte, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m, caccia, tiro con fucili;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale e/o partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l’egida di federazioni;
- gare o manifestazioni automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d’acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
- le malattie infettive qualora l’intervento di assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- parto (anticipato, prematuro o meno) svoltosi nel corso del viaggio;
- svolgimento di attività che implichino l’utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio effettuata dal Contraente

Non è consentita l’emissione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti.

L’adesione alla presente polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come l’adesione alla presente polizza dovrà avvenire obbligatoriamente prima dell’inizio del viaggio. Qualora l’emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto e la singola applicazione emessa s’intenderà privo di ogni effetto e l’Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza.

DOVE VALE LA COPERTURA?

✓ L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio come indicato in polizza e dove l'Assicurato ha subìto il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione.

CHE OBBLIGHI HO?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'Indennizzo.

Il Contraente e/o l'Assicurato hanno altresì l'obbligo di pagare il premio al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

L'Assicurato, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento, per il tramite del Contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

Il premio è già comprensivo di imposte.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Per il Contraente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. L'assicurazione ha validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza disdetta. Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

Per gli Assicurati, la garanzia Annullamento decorre dalla data di prenotazione del viaggio, mediante il pagamento del premio assicurativo da parte del Contraente o dell'Assicurato e termina al momento in cui l'Assicurato inizia ad usufruire del primo servizio acquistato dal Contraente.

Le altre garanzie valgono:

- Per il viaggio di andata: Le garanzie decorrono 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano alle ore 24 del 15° giorno successivo al giorno dello sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).
- Per il viaggio di ritorno: Le garanzie decorrono 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave) ad eccezione di quelle garanzie che seguono la specifica normativa indicata nei singoli capitoli.

L'adesione alla presente polizza, da parte degli assicurati, deve avvenire obbligatoriamente al momento della prenotazione del biglietto marittimo o al più tardi 30 giorni prima della partenza.

La polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un biglietto marittimo del Contraente.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Per il Contraente il contratto si rinnova automaticamente per un anno alla sua naturale scadenza salvo disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.

ASSICURAZIONE MULTIRISCHI TURISMO

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Filo diretto Travel
Versione n. 1 del dicembre 2020 (ultimo disponibile)

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet **www.nobis.it**, e-mail: **assicurazioni@nobis.it**, PEC: **nobisassicurazioni@pec.it.**
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). É iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.
Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi.

Esercizio 2019
Bilancio approvato il 30/04/2020
Il patrimonio netto della Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 58.796.752 di cui capitale sociale € 37.890.907, riserva di sovrapprezzo € 1.224.864 e riserve patrimoniali € 19.680.981.
Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 204,04% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 450,95% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).
Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it

Al contratto si applica la normativa italiana e lo stesso è soggetto esclusivamente alla giurisdizione italiana.

CHE COSA È ASSICURATO?

In merito alla garanzia **Assistenza alla persona e al veicolo** si specificano qui di seguito le singole prestazioni: Consulenza medica telefonica, Invio di un medico in Italia in caso di urgenza, Invio di un pediatra in casi di urgenza, Consulto psicologico in caso di infezione da Covid-19, Second Opinion in caso di infezione da Covid-19, Informazioni numero di emergenza in caso di infezione da Covid-19, Segnalazione di un medico all'estero, Monitoraggio del ricovero ospedaliero, Trasporto Sanitario Organizzato, Rientro dei familiari o del compagno di viaggio, Trasporto della salma, Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione, Assistenza ai minori, Rientro del viaggiatore convalescente, Prolungamento del soggiorno, Invio urgente di medicinali all'estero, Interprete a disposizione all'estero, Anticipo spese di prima necessità, Rientro anticipato, Spese telefoniche/telegrafiche, Trasmissione messaggi urgenti, Spese di soccorso ricerca o recupero dell'Assicurato, Anticipo cauzione penale all'estero, Blocco e sostituzione delle carte di credito, Attivazione servizio streaming, Soccorso stradale e traino, autista, invio pezzi di ricambio, spese di Albergo, Ritorno alla residenza, prosecuzione del viaggio, presa in carico delle spese di recupero veicolo, prosecuzione del viaggio.
In merito alla garanzia **Spese mediche** si specifica che la garanzia comprende le spese di ricovero in istituto di cura, le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici, le spese per visite ambulatoriali, le spese per i medicinali prescritti dal medico, le spese per cure dentarie solo a seguito di infortunio.
L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.
In merito alle garanzie **Assistenza alla abitazione, Diaria da ricovero, Indennità da convalescenza e Interruzione viaggio a seguito di quarantena e isolamento** si rimanda a quanto indicato nel Dip Base.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Filo diretto Travel.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Indicare l'opzione	Non sono previste opzioni aggiuntive a pagamento per il prodotto Filo diretto Travel.
INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
Bagaglio	In aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, si specifica che la garanzia prevede altresì quanto segue: • con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese per rifacimento/duplicazione del passaporto, della carta d'identità e della patente di guida di autoveicoli e/o patente nautica in conseguenza degli eventi sopradescritti; • con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese documentate per l'acquisto di indumenti di prima necessità e generi di uso personale sostenute dall'Assicurato a seguito di furto totale del bagaglio o di consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.
Infortuni	In aggiunta a quanto indicato nel DIP **Base** la Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati indicati nella scheda di polizza qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino **morte; invalidità permanente.** L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca nella qualità di passeggero di voli di Linea e charter (esclusi gli aerei privati), dal momento in cui sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso e che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte oppure l'invalidità permanente. La garanzia si intende valida anche per gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale quali, ad esempio, attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, purché non conseguenti a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezione, a tumulti popolari.
Assistenza domiciliare	In aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, si specifica che sono operanti le seguenti prestazioni: Consulti medici, invio di un medico in caso di urgenza, rimborso spese mediche, trasporto in ambulanza, consegna farmaci a domicilio, rete sanitaria convenzionata e gestione gratuita dell'appuntamento.
Annullamento Viaggio All Risk	L'Impresa indennizzerà, in base alle condizioni della presente polizza, l'Assicurato ed un solo compagno di viaggio purché assicurato ed iscritto allo stesso viaggio, il corrispettivo di recesso derivante dall'annullamento del biglietto, determinato ai sensi delle Condizioni Generali di contratto, che sia conseguenza di circostanze imprevedibili al momento della prenotazione del viaggio o dei servizi turistici determinate da qualsiasi evento non prevedibile, oggettivamente documentabile, indipendente dalla volontà dell'Assicurato e tale da comportare all'Assicurato l'impossibilità ad intraprendere il viaggio o dalla oggettiva e indifferibile necessità di prestare assistenza ai suoi familiari malati o infortunati. In caso di sinistro che coinvolga più Assicurati iscritti allo stesso viaggio, l'Impresa rimborserà tutti i familiari aventi diritto e uno solo dei compagni di viaggio alla condizione che anch'essi siano assicurati. Si intendono incluse in garanzia l'impossibilità di intraprendere il viaggio qualora un compagno di viaggio assicurato e iscritto allo stesso viaggio abbia annullato il viaggio per conclamata infezione da Covid-19 e il caso di conclamata infezione da Covid-19 di un familiare dell'assicurato. Si intendono incluse in garanzia anche le cancellazioni da parte degli Assicurati dovute ad atti terroristici avvenuti successivamente alla sottoscrizione del contratto di assicurazione e nei 30 giorni che precedono la data di partenza del viaggio, a condizione che tali atti avvengano comunque nel raggio di 100 km dal luogo dove era previsto il soggiorno risultante dalla prenotazione del viaggio assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Rischi esclusi	I rischi esclusi sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Base.
Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.

Spese Mediche	Spese MedicheSono escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L' assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza. Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso; Qualora l'Assicurato intendesse avvalersi di strutture ospedaliere/medici che non fanno parte della Rete Convenzionata dell'Impresa l'esborso massimo di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. non potrà superare l'importo indicato in polizza. Nel limite del massimale indicato in polizza, per i residenti in Italia con area di destinazione del viaggio Italia, l' Impresa rimborserà all'Assicurato le spese mediche sostenute derivanti da infortunio. In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato. La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera.
Assistenza alla persona	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere dall'Impresa. Sono escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.
Bagaglio	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, sono esclusi il denaro; assegni; titolo e collezioni; campionari; gioielli, pietre prezioso e pellicce; i danni derivanti da incuria, negligenza nonché dimenticanza da parte dell'Assicurato; insufficiente o inadeguato imballaggio; rotture e danni al bagaglio; beni diversi dai capi di abbigliamento, consegnati al vettore.
Annullamento viaggio all risk	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, sono esclusi dalla copertura i viaggi che risultano annullati a seguito di un evento diverso rispetto a quelli specificati nel box "Che cosa è assicurato?" trascritto nel presente DIP Aggiuntivo.
Infortuni	Oltre alle esclusioni previste dal Dip Base la garanzia non è operante per gli infortuni derivanti da guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni; guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione subacquei.
Assistenza al veicolo	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base si specifica che sono esclusi dalla garanzia: i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni; i veicoli di peso superiore a 35 quintali; i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati; i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico; i sinistri avvenuti in paesi non appartenenti all'Unione Europea.
Interruzione viaggio a seguito di quarantena o isolamento	Viaggi verso destinazioni con misure restrittive già in vigore alla data di arrivo presso l'Hotel prenotato; Violazioni di normative e/o disposizioni in vigore alla data di arrivo prevista dal viaggio prenotato; Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Contraente; Problemi inerenti documenti d'identità e/o di viaggio, visti e qualsivoglia dotazione documentale (anche di carattere sanitario) prevista dalle norme tempo per tempo vigenti.

Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal Contraente sono previste somme assicurabili, identificate nel dettaglio nella Scheda di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti. L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato, fermo restando che l'azione di rivalsa non sarà esercitata nei confronti dei trasportati.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro**: il Contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde 800.894123 (dall'estero occorre comporre il numero +39 039.9890.702) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità, nonché degli eventuali testimoni. Sarà onere dell'Assicurato far pervenire alla Compagnia i certificati medici, le cartelle cliniche, le denuncie all'Autorità, le fatture attestanti l'acquisto dei beni smarriti e/o le spese di prima necessità, l'estratto conto di prenotazione del biglietto e quello di annullamento, le prove del pagamento del viaggio, il contratto di viaggio, gli originali dei biglietti.
	Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questi azione.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il Contraente/Assicurato effetui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, decorsi 60 (sessanta) giorni dalla data della denuncia del sinistro e a condizione che sia stata prodotta tutta la documentazione richiesta, provvederà al pagamento dell'indennizzo entro 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della documentazione necessaria, purché non sia stata fatta opposizione da parte di eventuali creditori privilegiati, pignoratizi o ipotecari.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Premio	Il Contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento semestrale del premio, con relativa applicazione di un onere aggiuntivo del 5%. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Il presente contratto, trattandosi di polizza turismo temporanea, non prevede la possibilità di rimborso del premio.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Durata	Il contratto di assicurazione ha validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza disdetta. Il contratto è stipulato senza previsione di tacito rinnovo. La durata delle singole applicazioni per gli assicurati è quella segnalata dal Contraente. La durata delle singole garanzie è riportata nel Dip Base.
Sospensione	Il presente contratto non prevede la possibilità di sospendere il contratto.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Ripensamento dopo la stipulazione	Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto: 1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole; 2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza; 3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviatole, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole; 4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.
Risoluzione	Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al Contraente/Assicurato, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dall'eventuale rinnovo annuale del medesimo. L'assicurato, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o la somma assicurata proposta per l'annualità successiva, avrà facoltà, previa lettera raccomandata AR all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.

A CHI È RIVOLTO QUESTO PRODOTTO?

Il presente contratto è rivolto ai soggetti – aventi le caratteristiche indicate nel DIP Base – che acquistino un biglietto marittimo emesso dal Contraente, aventi le caratteristiche indicate sempre nel DIP Base.

QUALI COSTI DEVO SOSTENERE?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del viaggio al quale la polizza è abbinata e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 36,60%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 22,99%, per il Ramo 7 (Merci trasportate) è pari al 23,80%, per il Ramo 16 (Perdite pecuniarie) è pari al 40,47% e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 46,69%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito ***www.ivass.it***, sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

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

INDICE

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI 1
SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 3
Art. 1 – Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio 3
Art. 2 – Esclusione di compensazioni alternative 3
Art. 3 – Validità decorrenza e durata delle garanzie 3
Art. 4 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro 3
Art. 5 – Estensione territoriale 3
Art. 6 – Criteri di liquidazione dei sinistri 3
Art. 7 – Liquidazione dei danni/nomina dei periti 3
Art. 8 – Legge – Giurisdizione 4
Art. 9 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro 4
Art. 10 – Obblighi del Contraente 4
Art. 11 – Clausola di cumulo 4
Art. 12 – Mancato pagamento – anche parziale – del premio 4
Art. 13 – Effetti nei confronti dell'assicurato 4
Art. 14 – Specifiche relative alla garanzia "annullamento viaggio" 4
Art. 15 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie 5
SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE 6
Capitolo 1 – Spese Mediche 6
Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione 6
Art. 1.2 – Franchigia e scoperto 6
Art. 1.3 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia spese mediche 6
Capitolo 2 – Diaria da Ricovero a Seguito di Infezione da Covid–19 6
Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione 6
Art. 2.2 – Prestazione 7
Capitolo 3 – Indennità da Convalescenza 7
Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione 7
Capitolo 4 – Assistenza alla Persona 7
Art. 4.1 – Oggetto dell'assicurazione 7
Art. 4.2 – Consulenza medica telefonica 7
Art. 4.3 – Invio di un medico in italia in casi di urgenza 7
Art. 4.4 – Invio di un pediatra in casi di urgenza 7
Art. 4.5 – Consulto psicologico in caso di infezione da covid–19 7
Art. 4.6 – Second opinion in caso di infezione da covid–19 7
Art. 4.7 – Informazioni numero di emergenza in caso di infezione da covid–19 7
Art. 4.8 – Segnalazione di un medico all'estero 8
Art. 4.9 – Monitoraggio del ricovero ospedaliero 8
Art. 4.10 – Trasporto sanitario organizzato 8
Art. 4.11 – Rientro dei familiari o del compagno di viaggio 8
Art. 4.12 – Trasporto della salma 8
Art. 4.13 – Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione 8
Art. 4.14 – Assistenza ai minori 8
Art. 4.15 – Presa in carico dei costi di trasferimento del familiare o del compagno di viaggio in caso di ospedalizzazione 8
Art. 4.16 – Rientro del viaggiatore convalescente 8
Art. 4.17 – Prolungamento del soggiorno 8
Art. 4.18 – Invio urgente di medicinali all'estero 8
Art. 4.19 – Interprete a disposizione all'estero 9
Art. 4.20 – Anticipo spese di prima necessità 9
Art. 4.21 – Rientro anticipato 9
Art. 4.22 – Spese telefoniche/telegrafiche 9
Art. 4.23 – Trasmissione messaggi urgenti 9
Art. 4.24 – Spese di soccorso ricerca e di recupero dell'assicurato 9
Art. 4.25 – Anticipo cauzione penale all'estero 9
Art. 4.26 – Blocco e sostituzione delle cart.E di credito 9
Art. 4.27 – Attivazione servizio streaming video e quotidiani on–line in caso di ricovero ospedaliero 9
Art. 4.28 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza alla persona 9
Art. 4.29– Responsabilità 10
Art. 4.30 – Restituzione di titoli di viaggio 10
Capitolo 5 – Bagaglio 10
Art. 5.1 – Oggetto dell'assicurazione 10
Art. 5.2 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia bagaglio 10
Art. 5.3 – Criteri di risarcimento 10
Art. 5.4 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro 10
Capitolo 6 – Annullamento Viaggio All Risk 11
Art. 6.1 – Annullamento viaggio all risk 11
Art. 6.2 – Massimale 11
Art. 6.3 – Criteri di risarcimento 11
Art. 6.4 – Impegno dell'impresa 11
Art. 6.5 – Diritto di subentro 11

Capitolo 7 – Infortuni ... **12**
Art. 7.1 – Oggetto dell'assicurazione ... 12
Art. 7.2 – Limiti di età ... 12
Art. 7.3 – Capitali assicurati e cumulo ... 12
Art. 7.4 – Denuncia del sinistro ed obblighi relativi ... 12
Art. 7.5 – Rinuncia al diritto di rivalsa ... 12
Art. 7.6 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia infortuni ... 12
Art. 7.7 – Criteri di indennizzo ... 12
Art. 7.8 – Franchigia per invalidità permanente ... 12
Capitolo 8 – Assistenza al Veicolo ... **13**
Art. 8.1 – Oggetto dell'assicurazione ... 13
Art. 8.2 – Soccorso stradale e traino ... 13
Art. 8.3 – Invio pezzi di ricambio ... 13
Art. 8.4 – Ritorno alla residenza e/o abbandono del veicolo ... 13
Art. 8.5 – Prosecuzione del viaggio ... 13
Art. 8.6 – Rientro dell'assicurato e degli altri passeggeri ... 13
Art. 8.7 – Presa in carico delle spese di recupero veicolo ... 13
Art. 8.8 – Spese di albergo ... 13
Art. 8.9 – Autista ... 13
Art. 8.10 – Anticipo cauzione penale ... 14
Art. 8.11 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia assistenza al veicolo ... 14
Capitolo 9 – Assistenza Domiciliare per i Familiari che Rimangono a Casa ... **14**
Art. 9.1 – Consulti medici telefonici ... 14
Art. 9.2 – Invio di un medico in caso di urgenza ... 14
Art. 9.3 – Rimborso spese mediche ... 14
Art. 9.4 – Trasporto in autoambulanza ... 14
Art. 9.5 – Assistenza infermieristica ... 14
Art. 9.6 – Consegna farmaci a domicilio ... 14
Art. 9.7 – Gestione gratuita dell'appuntamento ... 14
Art. 9.8 – Rete sanitaria convenzionata ... 14
Capitolo 10 – Interruzione Viaggio a Seguito di Quarantena o Isolamento ... **15**
Art. 10.1 – Oggetto dell'assicurazione ... 15
Art. 10.2 – Esclusioni ... 15
Art. 10.3 – Recuperi ... 15
Capitolo 11 – Assistenza all'abitazione ... **15**
Art. 11.1 – Oggetto dell'assicurazione ... 15
SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO ... **16**
Art. 1 – Cosa fare in caso di sinistro ... 16
APPENDICE NORMATIVA ... **18**
Informativa ai sensi del capo III sezione 2 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) ... 20

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcuni termini del glossario assicurativo, nonché quei termini che all'interno polizza assumono un significato specifico. Quando i termini di cui alla presente sezione sono riportati, all'interno della polizza, essi assumono il significato di seguito indicato.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale;
Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente l'Impresa indica al Contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo;
Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona che acquista un biglietto di viaggio marittimo emesso dal Contraente, al più tardi 30 giorni prima della partenza, che aderisce alla presente polizza con il pagamento del relativo premio e che sia stata regolarmente comunicata alla Impresa;
Assicurazione: il contratto di assicurazione;
Assistenza l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;
Atti di terrorismo: un'azione di pubblico dominio – comprendente gravi forme di violenza illegittima contro una comunità (o parte di essa) e i relativi beni – finalizzata a incutere terrore nei membri di una collettività organizzata e/o a destabilizzarne l'ordine costituito e/o a limitare le libertà individuali (compresa quella di culto), mediante attentati, rapimenti, dirottamenti di aerei, di navi etc. e atti simili purché idonei a mettere in pericolo la vita degli individui;
Avaria: il danno subito dal bagaglio per rottura, collisione, urto contro oggetti fissi o mobili;
Bagaglio: i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'assicurato porta con sé in viaggio;
Centrale Operativa: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza;
Compagno di viaggio: La persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell'Assicurato stesso;
Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;
Day hospital: la degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni mediche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, istituto clinico o casa di cura;

Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto;
Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato;
Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;
Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russia;
Estero: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia;
Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati;
Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal Contraente nel periodo di durata della polizza;
Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro;
Furto: è il reato previsto dall'art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri;
Guasto: il danno subito dal veicolo per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti (con esclusione di qualsiasi intervento di ordinaria manutenzione), tali da renderne impossibile per l'assicurato l'utilizzo in condizioni normali;
Impresa: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;
Incendio: la autocombustione con sviluppo di fiamma;
Incidente: l'evento, subito dal veicolo, dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, così come definita dalla legge, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali;
Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.
Intervento chirurgico: atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni
Invalidità Permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
Isolamento: permanenza domiciliare obbligatoria conseguente alla conclamata infezione da Covid-19;
Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;
Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino;
Malattia: ogni alterazione dello stato dì salute non dipendente da infortunio;

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.
Massimale somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione;
Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;
Mondo: tutti i paesi del mondo;
Nucleo Famigliare: Il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato;
Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;
Premio definitivo: L'ammontare del premio di polizza dovuto dal Contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal Contraente nel periodo di durata della polizza;
Premio minimo: L'ammontare del premio di polizza dovuto in ogni caso dal Contraente all'Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza;
Quarantena: permanenza domiciliare obbligatoria, che coinvolge una o più persone, con o senza sorveglianza sanitaria volta al successivo accertamento dell'effettivo contagio da Covid-19;
Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona;
Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;
Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;
Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;
Servizi Turistici: Passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc venduti dal Contraente all'assicurato;
Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Spese di soccombenza: spese che la parte soccombente è condannata a rimborsare alla parte vittoriosa nel procedimento civile;
Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo;
Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non ché qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio;
Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private;
Viaggio/Locazione: La tratta indicata nel biglietto di trasporto marittimo regolarmente venduto dal Contraente all'Assicurato, direttamente o attraverso intermediari.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente Set Informativo.

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di Assicurazioni Filo diretto Travel Mod. 6003 ed. 2020-12 – Ultimo aggiornamento 01/12/2020

In questa sezione il Contraente trova le norme che regolano il rapporto tra l'Impresa ed il Contraente medesimo, prevedendo diritti ed obblighi a carico delle parti.

Art. 1 – DETERMINAZIONE DEL PREMIO – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla Scheda di polizza, con riferimento alle seguenti variabili proprie di ciascun viaggio assicurato: destinazione, prezzo del viaggio, durata del viaggio, massimali scelti e numero degli Assicurati.

Il Contraente è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente, rese al momento della stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, o di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dagli artt. 1892 - 1893 - 1894 e 1898 del Codice Civile.

Art. 2 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

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

Art. 3 - VALIDITÀ DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La durata della copertura è quella risultante dall'applicazione comunicata dal Contraente per ogni singolo Assicurato attraverso l'apposito sistema on-line messo a disposizione dell'Impresa sempreché siano state rispettate tutte le regole di assunzione e comunicazione da parte del Contraente.

La garanzia Annullamento decorre dalla data di prenotazione del viaggio, mediante il pagamento del premio assicurativo da parte del Contraente o dell'Assicurato e termina al momento in cui l'Assicurato inizia ad usufruire del primo servizio acquistato dal Contraente.

Le altre garanzie valgono:

- Per il viaggio di andata: Le garanzie decorrono 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano alle ore 24 del 15° giorno successivo al giorno dello sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).
- Per il viaggio di ritorno: Le garanzie decorrono 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave) ad eccezione di quelle garanzie che seguono la specifica normativa indicata nei singoli capitoli.

L'adesione alla presente polizza, da parte degli assicurati, deve avvenire obbligatoriamente al momento della prenotazione del biglietto marittimo o al più tardi 30 giorni prima della partenza.

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un biglietto marittimo del Contraente.

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

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

Art. 5 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subìto il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione.

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito https://watchlists.ihsmarkit.com che al momento della partenza 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.

Art. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato l'Impresa restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

Art. 7 – LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell'Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del

Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.
Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 8 – LEGGE - GIURISDIZIONE
Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

Art. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO
L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione.
La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE
Il Contraente si impegna:
- nel caso in cui gli accordi intercorsi con l'Impresa prevedano una inclusione automatica obbligatoria di tutti i viaggiatori, ad assicurare con la presente polizza tutti i clienti che acquistino un viaggio di propria organizzazione;
- nel caso in cui gli accordi intercorsi con l'Impresa prevedano la facoltà per il viaggiatore di aderire alle coperture offerte dal presente contratto, a proporre a tutta la propria clientela la presente polizza;
- a mettere a disposizione di tutti gli assicurati in formato cartaceo o elettronico e prima della sottoscrizione del contratto il "Set informativo" comprensivo di "Scheda di polizza" e il "Questionario per la rilevazione delle esigenze dell'Assicurato" relativo alla presente polizza;
- a pubblicare nei cataloghi e/o nei siti le garanzie assicurative previste dalla presente polizza previa accettazione dei testi da parte dell'Impresa.

Art. 11 - CLAUSOLA DI CUMULO
Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00 per evento salvo quanto previsto per la garanzia Infortuni.
Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 12 – MANCATO PAGAMENTO – ANCHE PARZIALE – DEL PREMIO
Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltreché per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo.
In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato.
Parimenti – ove al concretizzarsi di uno degli eventi previsti nel presente articolo non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente – l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

Art. 13 – EFFETTI NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO
Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovverosia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto.
Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo che precede ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

Art. 14 – SPECIFICHE RELATIVE ALLA GARANZIA "ANNULLAMENTO VIAGGIO"
(articolo operante ove la garanzia sia prevista in polizza)
Al verificarsi di uno degli eventi previsti nell'art. 12 che precede, il Contraente si impegna a manlevare l'Impresa da ogni pretesa – anche economica – che dovesse essere avanzata dalla propria clientela in caso di richiesta di attivazione della garanzia "Annullamento viaggio", posto che i sinistri che colpiscono la garanzia in parola trovano diretta ed esclusiva origine dall'applicazione della penale di recesso dal contratto di viaggio da parte del Contraente medesimo.

Art. 15 – ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri determinati da:

- **stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi;**
- **atti di terrorismo ad eccezione delle garanzie di Assistenza e Spese mediche e a quanto previsto per la garanzia Annullamento Viaggio;**
- **terremoti, tsunami, onde anomale, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;**
- **dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;**
- **viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;**
- **viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;**
- **viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;**
- **inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;**
- **fallimento del Vettore, dell'organizzatore del viaggio o di qualsiasi fornitore;**
- **errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;**
- **suicidio o tentativo di suicidio;**
- **malattie con sintomatologia in atto al momento della sottoscrizione della polizza per la garanzia "Annullamento viaggio" e della partenza del viaggio per le garanzie "Rimborso spese mediche" e "Assistenza alla persona";**
- **patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;**
- **interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;**
- **uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;**
- **pandemie e/o epidemie e/o provvedimenti delle Autorità (anche Sanitarie), restando espressamente inteso che detta esclusione non opererà in relazione ai fatti direttamente collegabili al virus attualmente in circolazione e denominato "Covid-19"**
- **Annullamento del viaggio derivante da restrizioni alla circolazione che riguardino il luogo di residenza e/o quello di partenza e/o quello di transito e/o quello di destinazione del viaggio acquistato dall'Assicurato che possa dar luogo a rimborso o emissione di voucher a carico del vettore;**
- **Quarantena volontaria e/o non riconducibile a circostanze per le quali la Legge ne prescrive l'esecuzione;**
- **pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico ed estremo, tiro con l'arco, attività ciclistiche, speleologia, sci fuori pista, sci alpinismo, sci freestyle, sci nautico, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua, rafting, Canyoning, kite–surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, arti marziali, boxe, football americano, beach soccer, snowboard, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, attività equestri, karting, moto d'acqua, guidoslitte, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m, caccia, tiro con fucili;**
- **atti di temerarietà;**
- **attività sportive svolte a titolo professionale e/o partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;**
- **gare o manifestazioni automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;**
- **le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **parto (anticipato, prematuro o meno) svoltosi nel corso del viaggio;**
- **svolgimento di attività che implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;**
- **eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.**

La presente polizza è valida esclusivamente se abbinata (in forma accessoria) alla vendita di un viaggio effettuata dal Contraente.

Non è consentita l'emissione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti.

L'adesione alla presente polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come l'adesione alla presente polizza dovrà avvenire obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto e la singola applicazione emessa s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza.

Sono esclusi tutti in sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico prestato dall'organizzatore del Viaggio Contraente della presente polizza.

Relativamente alla vendita di servizi di solo trasporto, la presente polizza è valida esclusivamente durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione e con il massimo di quindici giorni consecutivi.

Relativamente alla garanzia annullamento viaggio sono esclusi i sinistri relativi a coperture di servizi turistici non acquistati dal Contraente che ha emesso l'applicazione stessa.

Relativamente alla garanzia annullamento viaggio sono esclusi i sinistri relativi a coperture di servizi non facenti parte della prenotazione del viaggio.

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito hiips://watchlists.ihsmarkit.com che al momento della partenza 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.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

Questa sezione è suddivisa in 11 capitoli principali (*Spese mediche – Diaria da ricovero - Indennità da convalescenza - Assistenza alla persona – Bagaglio – Annullamento viaggio All risk – Infortuni –Assistenza al veicolo – Assistenza domiciliare per i familiari che rimangono a casa – Interruzione viaggio a seguito di quarantena o isolamento – Assistenza all'abitazione*) che disciplinano le garanzie, oggetto della presente Assicurazione incluse le relative prestazioni, limiti ed esclusioni. Le garanzie sono valide e operanti nel caso in cui sia stato corrisposto il relativo premio.

CAPITOLO 1 – SPESE MEDICHE

Art. 1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza (*i.e.* € 5.000,00) verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti, non procrastinabili e imprevedibili, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.
La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all'infortunio denunciati) entro il limite di euro 1.500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di euro 1.000,00;
- spese mediche sostenute a bordo di una nave entro il limite di euro 800,00;
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 200,00 per Assicurato;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 5.000,00.

In caso di ricovero ospedaliero o in caso di day Hospital a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.
Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.
Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.
Le spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di € 1.000,00, purché sostenute entro 30 giorni dalla data di rientro.
Sono sempre comprese in garanzia le prestazioni Trasporto Sanitario Organizzato di cui all'art. 4.10 e Rientro del Viaggiatore Convalescente di cui all'art. 4.16.

Art. 1.2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO
Nessuna franchigia verrà applicata.
Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 70,00.
Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

Art. 1.3 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA SPESE MEDICHE
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica.
L' assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.
Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso;
Qualora l'Assicurato intendesse avvalersi di strutture ospedaliere/medici che non fanno parte della Rete Convenzionata dell'Impresa l'esborso massimo di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. non potrà superare l'importo di € 300.000,00 fermo restando il limite del massimale indicato in polizza (i.e. € 5.000,00).
In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato. La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera.
Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 4.28, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

CAPITOLO 2 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID 19

La presente copertura è valida a seguito di infezione da COVID-19, a condizione che la diagnosi avvenga durante lo svolgimento del viaggio e che l'infezione comporti un conseguente ricovero in Istituto di Cura.

Art. 2.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura **disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato**, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura della prestazione di seguito indicata.

Art. 2.2 – PRESTAZIONE
L'Impresa, **qualora il ricovero dell'Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5,** riconosce per ogni successivo giorno di degenza (*i.e.* a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 per un numero massimo di giorni pari a 10. **In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso della validità della polizza non potrà superare l'importo di € 1.000,00.**

CAPITOLO 3 – INDENNITÀ DA CONVALESCENZA

La presente copertura è valida a seguito di infezione da COVID-19, a condizione che la diagnosi avvenga durante lo svolgimento del viaggio e che l'infezione comporti un conseguente ricovero in Istituto di Cura all'interno di un reparto di Terapia Intensiva.

Art. 3.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a € 1.500,00 al momento della dimissione dell'Assicurato stesso dal reparto di Terapia Intensiva dell'Istituto di Cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19. La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato in un reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro.

CAPITOLO 4 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito

Art. 4.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

Art. 4.2 – CONSULENZA MEDICA TELEFONICA
Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, l'Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

Art. 4.3 – INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA
Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.
In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l' Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

Art. 4.4 – INVIO DI UN PEDIATRA IN CASI DI URGENZA
Qualora l'Assicurato, durante il soggiorno in Italia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, invierà il medico pediatra gratuitamente al domicilio dell'Assicurato.
La prestazione è valida solo 1 volta durante il periodo di copertura.
In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

Art. 4.5 – CONSULTO PSICOLOGICO IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19
La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assicurato possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo famigliare.
Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.

Art. 4.6 – SECOND OPINION IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19
La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assicurato possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere dall'Impresa, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.
Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.

Art. 4.7 – INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19
L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h 24 e a seguito di richiesta dell'Assicurato, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.

Art. 4.8 – SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO
Quando successivamente ad una consulenza medica (vedi prestazione "Consulenza medica telefonica) emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

Art. 4.9 – MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO
Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

Art. 4.10 – TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO
Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.
A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:
- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.
Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.
Il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 4.11 – RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO
In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 4.12 - TRASPORTO DELLA SALMA
In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e **prendendo in carico le spese** necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma**.**

Art. 4.13 – VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE
In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l' Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare o per un'altra persona designata dall'Assicurato.
La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 4.14 – ASSISTENZA AI MINORI
Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio.
La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 4.15 – PRESA IN CARICO DEI COSTI DI TRASFERIMENTO DEL FAMILIARE O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE
La Centrale Operativa provvederà per un familiare dell'Assicurato o per un Compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione del trasferimento dalla Struttura ricettiva all'Istituto di Cura e viceversa dove è Ricoverato l'Assicurato e l'Impresa terrà a proprio carico le spese di trasferimento entro il limite di € 300,00.

Art. 4.16 – RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE
Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe).
La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.

Art. 4.17 – PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO
La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, i famigliari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

Art. 4.18 – INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO
La Centrale Operativa provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito, infortunio o di malattia, all'inoltro a destinazione di medicinali indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

Art. 4.19 – INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO
La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e l'Impresa se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00.

Art. 4.20 – ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ
Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 8.000,00 a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

Art. 4.21 – RIENTRO ANTICIPATO
La Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati.
Qualora non fosse possibile effettuare un'immediata valutazione del caso, al fine di verificare l'effettiva sussistenza di un imminente pericolo di vita, l'Impresa si riserva di rimborsare l'importo dei titoli di viaggio successivamente alla verifica della documentazione prodotta dall'Assicurato che attesti la riconducibilità del caso alla fattispecie assicurata.
La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente l'Impresa metterà a disposizione dell'assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 4.22 – SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE
L'Impresa prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00.

Art. 4.23 – TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI
Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'inoltro di tali messaggi.

Art. 4.24 – SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO DELL'ASSICURATO
In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso dell'Assicurato sono garantite fino ad un importo di € 1.500,00 per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

Art. 4.25 – ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO
L'Impresa anticiperà all'Estero, fino ad un importo di € 25.000,00 la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra. Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

Art. 4.26 – BLOCCO E SOSTITUZIONE DELLE CARTE DI CREDITO
La Centrale Operativa, in caso di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito possedute dall'assicurato durante il periodo di validità della polizza, si impegna ad avvisare le Aziende emittenti tali carte di credito, dal momento in cui l'assicurato notifica il furto o lo smarrimento e si attiva al medesimo tempo per la cancellazione e per la sostituzione di dette carte di credito nonché per la richiesta di un loro duplicato, ove ciò sia possibile.

Art. 4.27 – ATTIVAZIONE SERVIZIO STREAMING VIDEO E QUOTIDIANI ON-LINE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO
In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura, la Centrale Operativa attiverà e l'Impresa prenderà in carico il costo dei seguenti servizi a favore dell'Assicurato:
- Un abbonamento temporaneo di streaming video per consentire la visione di programmi di intrattenimento attraverso i devices dell'Assicurato;
- Un abbonamento temporaneo ad un quotidiano on-line scelto dall'Assicurato.

Art. 4.28 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.
Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) unicamente nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario (art. 4.10), l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa.
Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere a qualsiasi titolo, ragione o causa dall'Impresa.
Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

Art. 4.29 – RESPONSABILITÀ
L'Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni di Assicurazione e a seguito di:
- disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Art. 4.30 – RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO
L'Assicurato è tenuto a consegnare all'Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

CAPITOLO 5 – BAGAGLIO

Art. 5.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L' Impresa garantisce entro i massimali indicati nella scheda di polizza (i.e. € 1.500,00):
- il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie, e mancata riconsegna da parte del vettore.
- entro i predetti massimali, ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese per rifacimento/duplicazione del passaporto, della carta d'identità e della patente di guida di autoveicoli e/o patente nautica in conseguenza degli eventi sopradescritti;
- entro i predetti massimali ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese documentate per l'acquisto di indumenti di prima necessità e generi di uso personale sostenute dall'Assicurato a seguito di furto totale del bagaglio o di consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

Art. 5.2 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA BAGAGLIO
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia i danni derivanti da:
a) dolo, colpa, incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;
b) insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;
c) le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;
d) furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni. Si esclude inoltre il furto dalle ore 20 alle ore 7 se il bagaglio non è posto a bordo di veicolo chiuso a chiave in parcheggio custodito;
e) denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio;
f) i gioielli, pietre preziose, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso lasciati incustoditi.
g) i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.).
h) i beni che, diversi da capi di abbigliamento e dalle valige, borse e zaini siano stati consegnati ad impresa di trasporto;
Ferme le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di € 300,00 per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche.
I corredi fotocineottici (obbiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie ecc.) sono considerati quali unico oggetto.

Art. 5.3 – CRITERI DI RISARCIMENTO
Il risarcimento sarà liquidato, ad integrazione di quanto rimborsato dal vettore responsabile dell'evento, fino alla concorrenza della somma assicurata, in base al valore a nuovo per i beni comprovatamente (fattura o ricevuta fiscale) acquistati nuovi nei tre mesi precedenti al danno, diversamente il rimborso terrà conto del degrado e stato d'uso. Per i beni acquistati nel corso del viaggio l'eventuale risarcimento verrà corrisposto solo se l'Assicurato sarà in grado di presentare regolare giustificativo di spesa.

Art. 5.4 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alla competente Autorità facendosi rilasciare l'originale. L'assicurato è altresì tenuto a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore ed a produrre all'Impresa l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

CAPITOLO 6 – ANNULLAMENTO VIAGGIO ALL RISK

Art. 6.1 – ANNULLAMENTO VIAGGIO ALL RISK
L'Impresa indennizzerà, in base alle condizioni della presente polizza, l'Assicurato e un solo compagno di viaggio, purché assicurato e iscritto allo stesso viaggio, del corrispettivo di recesso derivante dall'annullamento del biglietto emesso dal Contraente, determinato ai sensi delle Condizioni generali di contratto, che sia conseguenza di circostanze imprevedibili al momento della prenotazione determinate da:

- qualsiasi evento non prevedibile, oggettivamente documentabile, indipendente dalla volontà dell'Assicurato e di gravità tale da impedire all'Assicurato la possibilità ad intraprendere il viaggio

o

- dalla oggettiva e indifferibile necessità di prestare assistenza ai suoi familiari malati o infortunati.

In caso di sinistro che coinvolga più Assicurati iscritti allo stesso viaggio, l'Impresa rimborserà tutti i familiari aventi diritto e uno solo dei compagni di viaggio alla condizione che anch'essi siano assicurati.
Si intendono incluse in garanzia l'impossibilità di intraprendere il viaggio:

- Qualora un compagno di viaggio assicurato e iscritto allo stesso viaggio abbia annullato il viaggio per conclamata infezione da Covid-19;
- in caso di conclamata infezione da Covid 19 di un familiare dell'assicurato.

Si intendono incluse in garanzia anche le cancellazioni da parte degli Assicurati dovute ad atti terroristici avvenuti successivamente alla sottoscrizione del contratto di assicurazione e nei 30 giorni che precedono la data di partenza del viaggio, a condizione che tali atti avvengano comunque nel raggio di 100 km dal luogo dove era previsto il soggiorno risultante dalla prenotazione del viaggio assicurato.

Art. 6.2 – MASSIMALE
L'assicurazione è prestata fino al costo totale del viaggio entro il massimale per Assicurato indicato nella scheda di polizza (i.e. € 5.000,00) e con il limite di € 50.000 per evento (i.e. fatto che colpisce una o più persone collegate oggettivamente dall'acquisto dello stesso viaggio prenotato dal Contraente). Si intendono inclusi, sempreché siano stati inseriti nel costo complessivo del viaggio assicurato, i costi di gestione pratica, gli adeguamenti carburante già previsti alla data di emissione della polizza (purché risultanti dall'estratto conto di prenotazione) e il costo dei visti.

Art. 6.3 – CRITERI DI RISARCIMENTO
L'Assicurato o chi per esso è obbligato, entro le ore 24 del giorno successivo al giorno dell'evento (intendendosi per tale il manifestarsi delle cause che determinano l'annullamento del viaggio), a fare immediata denuncia telefonica contattando il numero verde 800.894124 oppure al numero 039/9890.703 attivo 24 ore su 24 o ad effettuare la Denuncia On-Line mezzo internet sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line" seguendo le relative istruzioni.
L'Assicurato è altresì obbligato a comunicare l'annullamento del viaggio o dei servizi turistici acquistati al Tour Operator organizzatore e/o all'Agenzia di Viaggio presso la quale si è conclusa la prenotazione.
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni di rinunciare al viaggio per malattia o infortunio, senza ricovero ospedaliero, la Centrale Operativa provvederà, con il consenso dell'Assicurato, ad inviare gratuitamente il proprio medico fiduciario al fine di certificare che le condizioni dell'Assicurato siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e per consentire l'apertura del sinistro attraverso il rilascio da parte del medico dell'apposito certificato. L'Impresa, a fronte della sopracitata richiesta da parte dell'Assicurato, si riserva il diritto eventualmente di non inviare il proprio medico fiduciario; in questo caso l'apertura del sinistro verrà effettuata direttamente dal medico della Centrale Operativa.
L'Assicurato deve consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari alla definizione del sinistro nonché produrre alla stessa, tutta la documentazione relativa al caso specifico, liberando, a tal fine, dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
L'inadempimento di tali obblighi e/o qualora il medico fiduciario o l'accertatore dell'Impresa verifichi che le condizioni dell'Assicurato non siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e/o in caso di mancata produzione da parte dell'assicurato dei documenti necessari all'Impresa per la corretta valutazione della richiesta di rimborso possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. **IMPORTANTE**: L'indennizzo spettante all'Assicurato è pari al corrispettivo di recesso (cioè alla penale prevista dal contratto di viaggio, nel caso di cancellazione dello stesso), calcolato alla data in cui si è manifestato l'evento, ovvero il verificarsi delle circostanze che hanno determinato l'impossibilità ad intraprendere il viaggio. L'eventuale maggior corrispettivo di recesso, addebitato dal Tour Operator in conseguenza di un ritardo da parte dell'Assicurato nel segnalare l'annullamento del viaggio al Tour Operator resterà a carico dell'Assicurato.

Art. 6.4 – IMPEGNO DELL'IMPRESA
L'Impresa, qualora l'Assicurato denunci telefonicamente il sinistro entro le ore 24 del giorno successivo al giorno dell'evento, si impegna a liquidare il sinistro entro 45 giorni dalla data di denuncia a condizione che la documentazione completa arrivi entro il 15° giorno dalla data di denuncia stessa.
Qualora per ragioni imputabili a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. suddetta liquidazione avvenga dopo 45 giorni, sarà riconosciuto all'Assicurato l'interesse legale (composto) calcolato sull'importo da liquidare.
L'impegno dell'Impresa all'apertura, alla gestione e alla eventuale liquidazione del sinistro che colpisca la presente garanzia non sarà efficace qualora l'Assicurato divenga soggetto a un provvedimento di confinamento (c.d. lock down) disposto dalle Autorità (anche Sanitarie) e relativo al luogo di residenza e/o di partenza e/o di transito e/o di destinazione del viaggio prescelto. Detta pattuizione non opererà qualora l'Assicurato, pur soggetto al confinamento, documenti con appropriata documentazione medica (i.e. cartella clinica e/o referti di diagnostica strumentale e di laboratorio) la propria condizione patologica.

art. 6.5 – DIRITTO DI SUBENTRO
Per ogni annullamento viaggio, soggetto a corrispettivo di recesso superiore al 50%, l'Assicurato riconosce espressamente che la proprietà ed ogni diritto connesso allo stesso si intendono trasferiti all'Impresa che ne potrà disporre liberamente sul mercato acquisendone in via definitiva e senza richiesta alcuna di risarcimento da parte dell'Assicurato, gli eventuali corrispettivi che ne dovessero derivare.

CAPITOLO 7 - INFORTUNI

Art. 7.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati indicati nella scheda di polizza (i.e. € 30.000,00) qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino:
- morte;
- invalidità permanente.

La garanzia si intende valida anche per gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale quali, ad esempio, attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, purché non conseguenti a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezione, a tumulti popolari.

Art. 7.2 – LIMITI DI ETÀ
Sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non hanno ancora compiuto i 75 anni di età, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per chi già in precedenza assicurato.

Art. 7.3 – CAPITALI ASSICURATI E CUMULO
I Capitali assicurati per Assicurato sono quelli indicati sulla Scheda di polizza (i.e. € 30.000,00). Le garanzie prestate sono:
- Caso morte;
- Caso invalidità permanente.

I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio l'Impresa liquidi un indennizzo per invalidità permanente e successivamente intervenga la morte dell'Assicurato, ascrivibile alla stessa causa che ha originato la prima liquidazione, l'ulteriore indennizzo andrà a coprire la differenza fino al massimale assicurato.
Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 300.000,00 per polizza e per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 7.4 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI
Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato all'Impresa, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa.
L'Assicurato è comunque tenuto ad inviare per iscritto denuncia all'Intermediario cui è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro cinque giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art.1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari indicati, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Art. 7.5 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA
L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'Art.1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 7.6 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI
Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la garanzia non è operante per gli infortuni derivanti da:
a) guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni;
b) guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione subacquei.

Art. 7.7 – CRITERI DI INDENNIZZO
Caso Morte:
qualora si verifichi un infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati indicati nella scheda di polizza, o in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi.
Il pagamento della somma assicurata avverrà purché la morte avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.
Morte presunta:
qualora il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e le autorità competenti ne avessero dichiarato la morte presunta, l'Impresa provvederà al pagamento della somma assicurata prevista in caso di morte.
Invalidità Permanente:
qualora si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento di una percentuale del massimale assicurato per invalidità permanente, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri della tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30-6-1965 n° 1124 e successive modifiche, relative al settore "Industria" con rinuncia dell'Impresa alla applicazione della franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

Art. 7.8 – FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE
L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 5 punti percentuali dell'invalidità permanente totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 5 punti percentuali. Resta inteso che per percentuali di invalidità permanente superiori al 65% la franchigia non verrà applicata.

CAPITOLO 8 – ASSISTENZA AL VEICOLO

Le seguenti prestazioni si intendono operanti durante il trasferimento dell'Assicurato per recarsi dalla propria residenza fino alla stazione di partenza del viaggio (ferroviaria, marittima, aeroportuale) o nella località prenotata e viceversa purché in paesi dell'Unione Europea.

Art. 8.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Centrale Operativa le prestazioni indicate nel successivi articoli, previste in caso di guasto o incidente occorsi al veicolo, restando inteso che tutte le spese conseguenti alla riparazione del veicolo (per guasto e/o incidente, furto) saranno comunque sempre a carico dell'Assicurato.

Art. 8.2 – SOCCORSO STRADALE E TRAINO
Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o a incidente, la Centrale Operativa invierà 24 ore su 24 e l'Impresa terrà a carico il relativo costo, il mezzo di soccorso sul luogo dell'immobilizzo, per trainare l'auto al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina più vicina o eventualmente per effettuare sul posto piccoli interventi che permettano all'auto di riprendere la marcia autonomamente. I costi dei pezzi di ricambio eventualmente utilizzati per l'effettuazione sul posto di piccoli interventi ed ogni altra spesa di riparazione sono a carico dell'Assicurato.
Inoltre il costo del soccorso sarà a carico dell'Assicurato qualora il guasto o l'incidente avvengano al di fuori della rete stradale pubblica o ad aree ad esse equivalenti (percorsi in circuito o fuori strada).
Se l'auto rimane immobilizzata in autostrada in Italia, l'Assicurato dovrà far intervenire i mezzi di soccorso autorizzati, comunicandolo successivamente per telefono alla Centrale Operativa. Tale comunicazione è obbligatoria per poter usufruire del rimborso del soccorso, da parte della Centrale Operativa al ricevimento della ricevuta emessa dal soccorritore autorizzato.

Art. 8.3 – INVIO PEZZI DI RICAMBIO
La Centrale Operativa provvederà alla ricerca e all'invio di pezzi di ricambio necessari alla riparazione del veicolo, qualora gli stessi non fossero reperibili nel luogo dove si è verificato il guasto o l'incidente. In caso di spedizione aerea, i ricambi saranno inviati presso l'Aeroporto più vicino al luogo ove si trovi il veicolo. In ogni caso le spese di acquisto dei pezzi di ricambio e doganali resteranno a carico dell'Assicurato.

Art. 8.4 – RITORNO ALLA RESIDENZA E/O ABBANDONO DEL VEICOLO
La Centrale Operativa organizzerà il ritorno fino alla residenza dell'Assicurato, del veicolo a seguito di guasto, incidente, ritrovamento dopo furto che comportino più di 5 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, il tutto nel limite di costo per l'Impresa pari al valore del veicolo dopo il sinistro. Saranno a carico dell'Impresa le spese di custodia del veicolo dal momento del sinistro e fino al ritorno, con il massimo di € 50,00. Nel caso le spese preventivate per le riparazioni siano antieconomiche o comunque superiori al valore del veicolo dopo il sinistro, la garanzia non sarà operante e l'Impresa si limiterà a tenere a suo carico le spese di abbandono legale.

Art. 8.5 – PROSECUZIONE DEL VIAGGIO
Qualora il veicolo risultasse indisponibile, per guasto, incidente, ritrovamento dopo furto, per un periodo superiore a 3 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri un titolo di trasporto (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la località di destinazione. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

Art. 8.6 – RIENTRO DELL'ASSICURATO E DEGLI ALTRI PASSEGGERI
Qualora l'Assicurato non abbia usufruito delle prestazioni di cui al precedente art. 8.5 la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri, un titolo di trasporto per il ritorno alla residenza (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la residenza. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

Art. 8.7 – PRESA IN CARICO DELLE SPESE DI RECUPERO VEICOLO
Qualora l'Assicurato non fosse in grado di rientrare al proprio domicilio con il veicolo oggetto di guasto o incidente, a seguito di uno degli eventi di cui agli art. 8.4, 8.5, 8.6, la Centrale Operativa metterà a disposizione, a riparazioni effettuate, un titolo di trasporto di sola andata per consentire all'Assicurato stesso di recarsi nel luogo ove si trova il veicolo per il suo recupero.

Art. 8.8 – SPESE DI ALBERGO
Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o incidente e la riparazione può avvenire solo il giorno successivo, oppure è stata rubata costringendo i passeggeri che si trovano lontani dal proprio domicilio ad una sosta forzata, l'Impresa terrà a proprio carico il soggiorno in albergo per tutti gli occupanti dell'auto per un pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di € 100,00 a persona. Le spese diverse da quelle sopra indicate rimangono a carico dell'Assicurato.

Art. 8.9 – AUTISTA
La Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per sostituire l'Assicurato malato o infortunato e sempre che non vi sia a bordo nessun altro eventuale passeggero munito di patente di guida. L'autista è a disposizione per un massimo di tre giorni per condurre nel più breve tempo possibile il veicolo dell'Assicurato alla prima destinazione originaria del viaggio ovvero alla residenza dell'Assicurato.

Art. 8.10 – ANTICIPO CAUZIONE PENALE
In caso di incidente stradale del veicolo assistito, la Centrale Operativa potrà anticipare l'importo della cauzione per libertà provvisoria del conducente fino a concorrenza di € 5.000,00 contro garanzie bancarie ritenute adeguate dalla Centrale Operativa. L'importo anticipato, nel caso il conducente venga trattenuto dall'Autorità Giudiziaria in seguito a condanna, a mancata comparizione o in ogni altro caso, dovrà essere rimborsato alla Centrale Operativa entro 2 mesi dall'anticipo.

Art. 8.11 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA AL VEICOLO
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia:

- **i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni;**
- **i veicoli di peso superiore a 35 quintali;**
- **i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;**
- **i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico;**
- **i sinistri avvenuti in paesi non appartenenti all'Unione Europea.**

CAPITOLO 9 – ASSISTENZA DOMICILIARE PER I FAMILIARI CHE RIMANGONO A CASA

Per i seguenti familiari dell'Assicurato (coniuge/convivente, genitori, fratelli, figli, suoceri, generi, nuore, nonni) che rimangono a casa, in Italia, le seguenti prestazioni decorrono dal giorno di partenza del viaggio prenotato dall'Assicurato e hanno validità fino al rientro dello stesso.

Art. 9.1 – CONSULTI MEDICI TELEFONICI
L'Impresa tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

Art. 9.2 – INVIO DI UN MEDICO IN CASO DI URGENZA
L'Impresa, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.
In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendono necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso. L'Impresa informerà tempestivamente l'Assicurato circa le condizioni di salute del familiare aggiornando tempestivamente tali informazioni sino al rientro dell'Assicurato dal viaggio.

Art. 9.3 – RIMBORSO SPESE MEDICHE
Previo contatto con la centrale Operativa, **nel limite del massimale per Assicurato di € 1.000,00** verranno rimborsate le spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di prima necessità.

Art. 9.4 – TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA
L'Impresa, tramite la Centrale Operativa, qualora il paziente necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza a proprio carico il trasferimento, inviando direttamente l'autoambulanza e sostenendo le spese di trasporto sino a un massimo di 200 Km. di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. 9.5 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Qualora il paziente a seguito di malattia o infortunio necessita dell'assistenza domiciliare d'infermieri generici e/o specializzati a domicilio, la Centrale Operativa provvede alla ricerca ed all'invio del personale tenendo a proprio carico i relativi costi **entro il limite di € 1.000,00.**

Art. 9.6 – CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO
La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio del paziente e quindi in farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

Art. 9.7 – GESTIONE GRATUITA DELL'APPUNTAMENTO
La Centrale Operativa mette a disposizione la propria banca dati relativa alla rete sanitaria convenzionata. Qualora il paziente necessiti di informazioni o di un appuntamento per un esame, visita, ricovero è sufficiente che contatti la Centrale Operativa. In funzione delle specifiche esigenze relative al tipo di esame o visita da effettuare, il giorno e l'ora desiderata, la zona e la tariffa, la Centrale Operativa seleziona, utilizzando la banca dati, i medici e/o i centri convenzionati che rispondono alle necessità del paziente ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, fissa l'appuntamento per nome e per conto del paziente stesso.

Art. 9.8 – RETE SANITARIA CONVENZIONATA
La Centrale Operativa, tramite accordi stipulati con cliniche, poliambulatori, studi medici, strutture sanitarie in genere a livello nazionale, garantisce l'utilizzo di tale rete per visite specialistiche, esami diagnostici o di laboratorio e ricoveri, il tutto con tariffe concordate e scontate, con un canale preferenziale d'accesso.

CAPITOLO 10 – INTERRUZIONE VIAGGIO A SEGUITO DI QUARANTENA O ISOLAMENTO

Art. 10.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Qualora a seguito di un provvedimento di permanenza domiciliare dell'Assicurato, disposto dalle Autorità per quarantena o isolamento, l'Assicurato sia impossibilitato a proseguire il viaggio prenotato e già iniziato, l'Impresa rimborsa quanto segue:

- **le penali addebitate per servizi a terra prenotati e non usufruiti entro il limite di € 1.500,00 per Assicurato;**
- **i costi relativi alla modifica o al rifacimento della biglietteria (titoli di trasporto) originariamente acquistati al fine di far ritorno alla propria residenza, fino al massimo di € 1.000,00 per Assicurato ed al netto di eventuali rimborsi ricevuti dal vettore;**
- **le eventuali spese alberghiere/di soggiorno a carico dell'Assicurato per il periodo di quarantena entro il limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 14 giorni, qualora detta quarantena non possa svolgersi al domicilio dell'Assicurato.**

Art. 10.2 – ESCLUSIONI
Oltre alle esclusioni previste dalle norme comuni si intendono esclusi dalla garanzia:

- **Viaggi verso destinazioni con misure restrittive già in vigore alla data di arrivo presso la Struttura ricettiva prenotata;**
- **Violazioni di normative e/o disposizioni in vigore alla data di arrivo prevista dal viaggio prenotato;**
- **Dolo o colpa grave dell'Assicurato o del Contraente;**
- **Problemi inerenti documenti d'identità e/o di viaggio, visti e qualsivoglia dotazione documentale (anche di carattere sanitario) prevista dalle norme tempo per tempo vigenti.**

Art. 10.3 – RECUPERI
L'Assicurato e il Contraente si impegnano a corrispondere alla Impresa ogni importo restituito dai fornitori dei servizi turistici e/o enti, ed i costi non sostenuti in relazione agli eventi oggetto della copertura.

CAPITOLO 11 – ASSISTENZA ALL'ABITAZIONE

Le seguenti prestazioni si intendono operanti presso l'Abitazione principale in Italia dell'Assicurato per eventi occorsi durante il viaggio assicurato.

Art. 11.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa si obbliga a garantire, secondo le modalità ed i limiti di seguito precisati:

a) l'invio di un elettricista a domicilio: in caso di mancanza improvvisa di corrente elettrica in tutta la casa a seguito di guasto o corto-circuito dell'impianto elettrico del domicilio dell'assicurato, la Centrale Operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, provvede ad attivare un tecnico elettricista presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita e il trasferimento del tecnico per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione. La prestazione è garantita una sola volta per Assicurato durante il periodo del viaggio assicurato. Non danno luogo alla prestazione i guasti al cavo di alimentazione dell'abitazione e l'interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore;

b) l'invio di un idraulico a domicilio: in caso di otturazione/rottura delle tubature fisse o mobili dell'impianto idraulico o igienico sanitario del domicilio dell'assicurato e conseguente allagamento e/o infiltrazione e/o mancanza d'acqua in tutta la casa, la Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, ad attivare un tecnico idraulico presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita e il trasferimento del tecnico per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione. La prestazione è garantita una sola volta durante il periodo del viaggio assicurato. Non danno luogo alla prestazione l'interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore, il semplice guasto di rubinetti;

c) l'invio di un fabbro a domicilio, in caso di:
- furto, smarrimento, rottura delle chiavi o della serratura della porta d'ingresso;
- furto o tentato furto al domicilio che compromettano la funzionalità della porta d'ingresso e non garantiscano la sicurezza della stessa;

La Centrale Operativa provvede 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, ad attivare un fabbro presso l'abitazione. Sono a carico dell'Impresa il diritto d'uscita, il trasferimento del tecnico per la risoluzione dell'emergenza. Sono a carico dell'assicurato la manodopera, eventuali pezzi di ricambio e il materiale utilizzato per la riparazione.
La prestazione è garantita una sola volta durante il periodo del viaggio assicurato;

d) il rientro immediato: qualora uno degli eventi che possono generare le prestazioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) oppure per furto, tentato furto, guasti cagionati dai ladri, atti vandalici, incendio, fulmine o scoppio, rendano necessario e improrogabile il rientro all'abitazione principale dell'assicurato o di un suo familiare risultante dallo Stato di Famiglia, la Centrale Operativa organizzerà il rientro immediato dell'assicurato o del familiare risultante dallo Stato di Famiglia. Sono a carico dell'Impresa le relative spese fino a un massimo di € 500,00 per evento. La prestazione non viene erogata se l'assicurato nel contattare la Centrale Operativa, non fornisca adeguata motivazione delle cause che rendono non procrastinabile il rientro. La prestazione è garantita una sola volta durante il periodo del viaggio assicurato;

e) la vigilanza del Contenuto dell'abitazione: qualora uno degli eventi che possono generare le prestazioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) oppure per furto, tentato furto, guasti cagionati dai ladri, atti vandalici, incendio, fulmine o scoppio, rendano necessaria la salvaguardia del Contenuto dell'abitazione, la Centrale Operativa organizzerà la vigilanza dell'abitazione ovvero la custodia del Contenuto dell'abitazione riposto nel luogo indicato dall'assicurato per il tempo necessario a ripristinare la sicurezza dell'abitazione. Sono a carico dell'Impresa le relative spese fino a un massimo di 24 ore. La prestazione è garantita una sola volta durante il periodo del viaggio assicurato.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

In questa sezione vengono previste le regole e le modalità per denunciare un sinistro e per ottenere un indennizzo

Art. 1 – COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
Assistenza alla persona
In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

800.894123

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

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

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

- **Via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **Via posta inviando la corrispondenza e la relativa documentazione al seguente indirizzo:**

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

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

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

IN CASO DI FURTO O DANNO AL BAGAGLIO
- biglietto (unitamente all'eventuale contrassegno del bagaglio);
- denuncia con il visto dell'Autorità di polizia del luogo dove si è verificato il fatto, riportante le circostanze del sinistro e l'elenco degli oggetti rubati, il loro valore e la data di acquisto;
- reclamo presentato al vettore responsabile con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso;
- fatture, scontrini dei beni acquistati o perduti (in mancanza elenco, data, luogo d'acquisto e il loro valore);
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti di identità se sostenute;
- fatture di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista del settore;
- numero della polizza.

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

IN CASO DI INFORTUNIO
- luogo, giorno, ora e causa del sinistro;
- cause che lo hanno determinato;
- certificati medici;
- eventuale verbale delle autorità che sono intervenute;
- il decorso della lesione dovrà essere certificato da ulteriore documentazione medica, fino alla completa guarigione o alla stabilizzazione delle conseguenze prodotte dall'infortunio;
- numero della polizza.

IN CASO DI ASSISTENZA AL VEICOLO
- Copia libretto di circolazione;
- originali dei documenti di spesa sostenuti;
- numero della polizza.

IN CASO DI INTERRUZIONE VIAGGIO IN CASO DI QUARANTENA O ISOLAMENTO
- documentazione attestante la quarantena o l'isolamento disposti dalle Autorità;
- contratto di viaggio/estratto conto di prenotazione con descrizione del Pacchetto del Viaggio inizialmente previsto;
- eventuali titoli di viaggio di riprotezione con evidenza del maggior costo pagato;
- estratti conto di penale delle quote dei servizi perduti;
- fatture di spesa relative al soggiorno forzato;
- documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori.

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

L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.**
- È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

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

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

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

APPENDICE NORMATIVA

In questa sezione vengono richiamate le norme principali citate nel contratto, affinché il Contraente possa comprendere meglio i riferimenti di legge.

CODICE CIVILE

Art. 1341 – Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 – Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.
Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1455 – Importanza dell'inadempimento

Il contratto non si può risolvere se l'inadempimento di una delle parti ha scarsa importanza, avuto riguardo all'interesse dell'altra.

Art. 1892 – Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli art. 1892 e 1893.

Art. 1898 – Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.
L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 – Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1913 – Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 – Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che, dolosamente, non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'assicurato omette colposamente di adempiere a tale obbligo l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 – Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.
Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.
L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.
Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 – Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile (1) l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.
L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.
Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.
L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Art. 2114 – Previdenza e assistenza obbligatorie

Le leggi speciali determinano i casi e le forme di previdenza e di assistenza obbligatorie e le contribuzioni e prestazioni relative

Art. 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.
Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.
La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE

Art. 166 – Criteri di redazione

Il contratto e ogni altro documento consegnato dall'impresa al Contraente va redatto in modo chiaro ed esauriente.
Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza.

CODICE DI PROCEDURA PENALE

Art. 535 – Condanna alle spese

La sentenza di condanna pone a carico del condannato il pagamento delle spese processuali [relative ai reati cui la condanna si riferisce].

[2. I condannati per lo stesso reato o per reati connessi sono obbligati in solido al pagamento delle spese. I condannati in uno stesso giudizio per reati non connessi sono obbligati in solido alle sole spese comuni relative ai reati per i quali è stata pronunciata condanna.]

3. Sono poste a carico del condannato le spese di mantenimento durante la custodia cautelare [285, 286], a norma dell'articolo 692.

4. Qualora il giudice non abbia provveduto circa le spese, la sentenza è rettificata a norma dell'articolo 130.

INFORMATIVA AI SENSI DEL CAPO III SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), recante disposizioni in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia"), Titolare del trattamento dei dati personale, fornisce l'Informativa ai soggetti interessati che forniscono i propri dati personali durante il rapporto contrattuale e intende trattare tali dati nell'ambito delle attività prestate dalla Compagnia.

1. Titolare del trattamento
Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

2. Tipologia di dati raccolti
I dati raccolti sono dati personali riguardanti persone fisiche identificate o identificabili di cui all'art. 4, par. 1 del GDPR e dati di categorie particolari di cui all'art. 9, par. 1 del GDPR.

3. Finalità
I dati sono raccolti per finalità connesse alle attività della Compagnia come segue:
a) finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *Contrattuale*);
b) finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce (natura del conferimento *Obbligatoria*, base giuridica *legale*);
c) finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*);
d) finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass 35./2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso (natura del conferimento *Volontaria*, base giuridica *Consensuale*).

4. Modalità di trattamento
I dati sono oggetto di trattamento improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza.
La Compagnia garantisce la riservatezza, l'integrità e la disponibilità dei dati personali raccolti, la non visibilità e la non accessibilità da alcuna area pubblica di accesso.
Il trattamento è svolto in forma automatizzata e/o manuale, ad opera di soggetti appositamente incaricati, in ottemperanza alla sicurezza del trattamento come previsto dall'art. 32 del GDPR.
La Compagnia predispone misure organizzative e tecnologiche idonee affinché questa politica sia seguita all'interno della società al fine di proteggere i dati personali raccolti.
I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

5. Profilazione
La Compagnia non esegue attività di profilazione utilizzando i dati personali raccolti relativi alle finalità di cui al paragrafo 3.

6. Comunicazione e diffusione dei dati
I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:
- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e carrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti.

7. Periodo di conservazione
I dati personali raccolti sono inseriti nel database aziendale e conservati per il per il periodo di tempo consentito, o imposto, dalle normative applicabili nella gestione del rapporto contrattuale e per il tempo necessario ad assicurare la tutela legale, a lei ed al Titolare al termine del quale saranno cancellati o resi anonimi entro i tempi stabiliti dalla norma di legge.
Qualora intervenga la revoca del consenso al trattamento specifico da parte dell'interessato, i dati verranno cancellati o resi anonimi entro 30 giorni lavorativi dalla ricezione della revoca.

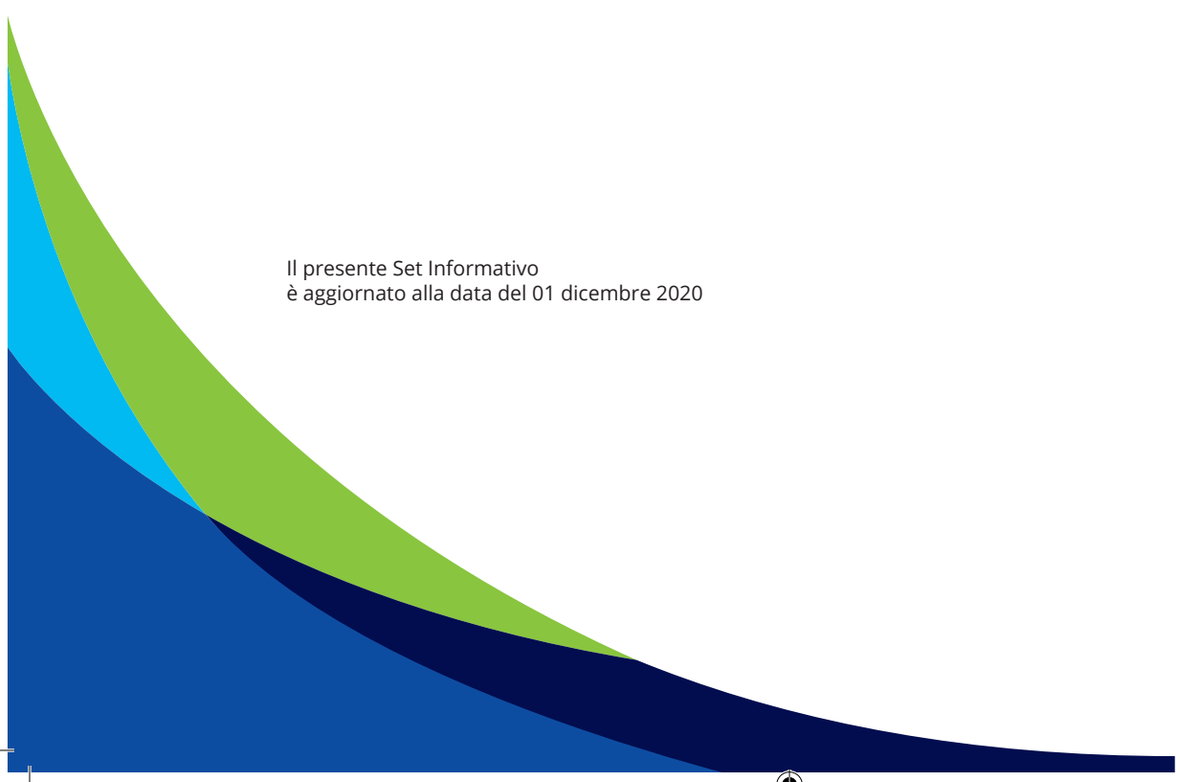
8. Diritti dell'interessato
L'interessato può far valere i diritti previsti dall'art. 15 (diritto di accesso dell'interessato), dall'art. 16 (diritto di rettifica), dall'art. 17 (diritto alla cancellazione, "diritto all'oblio"), dall'art. 18 (diritto di limitazione di trattamento), dall'art. 20 (diritto alla portabilità dei dati) e dall'art. 21 (diritto di opposizione) del Regolamento 2016/679, rivolgendosi mediante lettera RR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.
L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente e seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale:
Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)
T + 39 039.9890001
F + 39 039 9890694
info@nobis.it

www.nobis.it



Il presente Set Informativo
è aggiornato alla data del 01 dicembre 2020

Set Informativo Filo Diretto Travel - modello 6003 – edizione 01.12.2020

SCHEDA DI POLIZZA POLIZZA n 6003000619/F

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

Il premio lordo per ciascun singolo Assicurato ammonta ad € 3,80 a tratta.
Per le prenotazioni di un biglietto di 4 passeggeri paganti composto da 2 adulti + 2 bambini di età fino a 12 anni (non compiuti) il premio Lordo forfettario per tratta è pari ad € 11,40.

GARANZIE	GARANZIE OPERANTI		SOMME ASSICURATE
	SI	*NO*	
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi in Italia)	X		€ 5.000,00
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi in Europa)	X		€ 5.000,00
CAPITOLO 1 - SPESE MEDICHE (Viaggi nel Mondo)	X		€ 5.000,00
CAPITOLO 2 – DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE COVID	X		€ 1.000,00
CAPITOLO 3 – INDENNITA' DA CONVALESCENZA	X		€ 1.500,00
CAPITOLO 4 - ASSISTENZA ALLA PERSONA	X		Vedi Condizioni di assicurazione
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi in Italia)	X		€ 1.500,00
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi in Europa)	X		€ 1.500,00
CAPITOLO 5 – BAGAGLIO (Viaggi nel Mondo)	X		€ 1.500,00
CAPITOLO 6 - ANNULLAMENTO VIAGGIO ALL RISK	X		€ 5.000,00
CAPITOLO 7 - INFORTUNI	X		€ 30.000,00
CAPITOLO 8 - ASSISTENZA AL VEICOLO	X		Vedi Condizioni di assicurazione
CAPITOLO 9 - ASSISTENZA DOMICILIARE	X		Vedi Condizioni di assicurazione
CAPITOLO 10 – INTERRUZIONE VIAGGIO A SEGUITO QUARANTENA	X		Vedi Condizioni di assicurazione
CAPITOLO 11 – ASSISTANZA ALL'ABITAZIONE	X		Vedi Condizioni di assicurazione

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Assistenza alla persona
In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero +**39/039/9890.702**

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

- **Via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **Via posta inviando la corrispondenza e la relativa documentazione al seguente indirizzo:**

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)