



CONTRAT D'ASSURANCE MULTIRISQUE VOYAGES

FILO DIRETTO TRAVEL

FILO DIRETTO TRAVEL MOD. 6003 ÉD. 2020-12 - DERNIÈRE MISE À JOUR 01/12/2020

Le kit d'information comprend les documents suivants:

- a) Glossaire;
 - b) Conditions d'assurance
- qui doivent être livrés au contractant avant la conclusion du contrat.

Lire attentivement l'information précontractuelle avant de vous Assure

CONTRAT D'ASSURANCE NON-VIE



DIP - Document d'information précontractuelle pour les contrats d'assurance non-vie

Entreprise : Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Produit : Filo diretto Travel

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. est une société enregistrée en Italie et autorisée à exercer une activité d'assurance par décret du ministre de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat italien du 20 octobre 1993 (Journal officiel italien du 3 novembre 1993 n°258). Elle est inscrite à la section I, sous le n°1.00115, du registre des sociétés de l'IVASS et est soumise au contrôle de ce dernier.

L'ensemble des informations précontractuelles et contractuelles relatives au produit sont fournies dans le document suivant :

- Dossier d'information

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

La police peut présenter une série de garanties destinées à protéger les voyageurs, élaborées pour offrir une protection contre les événements dommageables et les imprévus qui surviennent le plus fréquemment avant et pendant le voyage, tels que les frais de paiement des pénalités en cas d'annulation du voyage, le vol et la perte des bagages, l'assistance à domicile, l'assistance aux véhicules, l'interruption du voyage pour cause de quarantaine ou d'isolement, les frais médicaux et les frais de retour/transport sanitaire ainsi que les accidents. Le tout est complété par des services à la personne qui rendent l'offre encore plus globale.

Il est rappelé que la couverture effectivement en vigueur sera exclusivement celle résultant de la police d'assurance souscrite par le contractant et contenue dans les conditions d'assurance.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les principales garanties intervenant dans le produit Filo diretto Travel sont résumées ci-dessous. Nous vous rappelons que les garanties applicables sont énumérées dans la police d'assurance souscrite par le contractant et dans les conditions d'assurance qui font partie du dossier d'information.

✓ Frais médicaux

Dans la limite des plafonds par Assuré indiqués dans la police et dans les conditions d'assurance, les frais médicaux constatés et documentés engagés par l'Assuré pendant le voyage, pour des interventions ou traitements urgents, imprévisibles et ne pouvant être différés, survenus pendant la période de validité de la garantie, seront remboursés.

✓ Indemnité journalière d'hospitalisation à la suite d'une infection au Covid-19

En vertu et selon les termes des conditions d'assurance, la Compagnie accorde une indemnité forfaitaire pour chaque jour d'hospitalisation dans un établissement de santé comme conséquence directe et exclusive de la contamination au COVID-19 (appelé Coronavirus) subie par l'Assuré, quels que soient les frais engagés.

✓ Indemnités de convalescence

La Compagnie verse à l'Assuré une indemnité de convalescence fixe et préétablie de 1 500,00 € au moment de la sortie de l'Assuré de l'unité de soins intensifs de l'établissement de santé où il a été admis à la suite de l'infection au COVID-19. La présente prestation n'est valable que si l'Assuré, au cours de l'hospitalisation susmentionnée, a été admis dans un service de soins intensifs, comme indiqué dans son dossier médical qui doit être présenté dans son intégralité au moment de la demande de remboursement.

✓ Services à la personne et aide domestique

La Compagnie est tenue, dans les limites convenues dans la police d'assurance, de mettre immédiatement les services souscrits à la disposition de l'Assuré, en ayant recours au personnel et au matériel du Centre opérationnel, si l'Assuré se trouve en difficulté à la suite d'une maladie, d'une blessure ou d'un événement fortuit, ayant également des répercussions sur son domicile. L'aide peut consister en des prestations en espèces ou en nature.

✓ Bagages

La Compagnie assure, dans les limites indiquées dans la police d'assurance, les bagages de l'Assuré contre les risques d'incendie, de vol, d'agression, de cambriolage ainsi que de perte et d'avarie, et de défaut de livraison par le transporteur.

✓ Annulation de voyage tous risques

La Compagnie indemnise, selon les conditions de la présente police d'assurance, l'Assuré et un seul compagnon de voyage à condition que ce dernier soit assuré et inscrit pour le même voyage, les frais de rétractation résultant de l'annulation du billet, déterminés selon les conditions générales du contrat, que l'annulation soit la conséquence de circonstances imprévisibles au moment de la réservation du voyage ou de prestations touristiques.

✓ Aide à domicile

La Compagnie, par le biais du Centre opérationnel, met à disposition, 24 heures sur 24, son propre service d'assistance médicale pour toute information ou conseil de nature médicale, envoie un médecin en cas d'urgence, effectue des transports en ambulance et fournit des soins infirmiers aux membres de la famille qui restent à domicile.

✓ Accidents

La Compagnie verse les indemnités correspondant au plafond indiqué dans la police d'assurance si l'Assuré subit, pendant la période de validité de la garantie, des dommages dérivant des conséquences directes, exclusives et pouvant objectivement être constatées de l'accident et qui, dans un délai d'un an, provoquent le décès ou l'invalidité permanente.

✓ Assistance auto

Certains services d'assistance auto sont prévus, parmi lesquels le dépannage et le remorquage, le chauffeur et les frais d'hôtel. Ces prestations interviennent lors du transfert de l'Assuré pour se rendre de son domicile à la station de départ du voyage (gare ferroviaire, gare maritime, aéroport) ou au lieu réservé et vice versa, pour autant qu'ils se situent dans les pays de l'Union européenne.

✓ Interruption du séjour pour cause de quarantaine ou d'isolement

Si, à la suite d'une mesure de confinement à domicile de l'Assuré ordonnée par les autorités pour une mise en quarantaine ou un isolement, l'Assuré est dans l'impossibilité de poursuivre le voyage réservé et déjà commencé, la Compagnie rembourse ce qui suit :

1. les pénalités facturées pour les services terrestres réservés et non utilisés, dans la limite de 1 500,00 € par assuré ;
2. les frais liés à la modification ou au changement de réservation de billets initialement achetés pour retourner à son domicile, jusqu'à 1 000,00 € par personne assurée et déduction faite des remboursements reçus par le transporteur ;
3. les éventuels frais d'hôtel/logement à la charge de l'Assuré pour la période de quarantaine dans la limite de 100,00 € par jour pendant un maximum de 14 jours, si ladite quarantaine ne peut avoir lieu au domicile de l'Assuré.



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Pour la garantie "Accident", les personnes âgées de 75 ans et plus ne peuvent être assurées.
- ✗ Les garanties ne sont pas fournies en Antarctique et dans l'océan Antarctique ni dans les pays en guerre, déclarée ou de facto, parmi lesquels sont considérés les pays indiqués dans le rapport JCC Global Cargo présent sur le site <https://watchlists.ihsmarkit.com> qui, au moment du départ, présentent un niveau de risque égal ou supérieur à "4.0". Les pays dont la condition de belligérance a été rendue publique sont également considérés comme étant en guerre, déclarée ou de facto.



EXISTE-T-IL DES LIMITES DE COUVERTURE ?

! Toutes les prestations ne sont pas dues pour les sinistres causés par :

- l'état de guerre, révolution, émeutes ou mouvements populaires, pillages, vandalisme, grèves ;
- les actes de terrorisme, à l'exception des garanties d'assistance et frais médicaux et des dispositions de la garantie annulation de voyage ;
- les tremblements de terre, tsunamis, raz-de-marée, inondations, éruptions volcaniques et autres phénomènes atmosphériques déclarés catastrophes naturelles, ainsi que les phénomènes liés aux transformations de l'énergie ou à la stabilisation de l'atome, qu'ils soient naturels ou artificiels ;
- une faute intentionnelle ou une négligence grave de la part du contractant ou de l'Assuré ;
- les voyages entrepris contre avis médical ou, dans tous les cas, avec des pathologies en phase aiguë ou dans le but de subir un traitement médico-chirurgical ;
- les voyages vers un territoire où une interdiction ou une restriction (même temporaire) émise par une autorité publique compétente est en vigueur ;
- les voyages extrêmes dans des zones reculées, accessibles uniquement à l'aide d'équipements de sauvetage spécifiques ;
- la pollution de quelque nature que ce soit, les infiltrations, la contamination de l'air, de l'eau, du sol, du sous-sol, ou toute atteinte à l'environnement ;
- la faillite du transporteur, de l'organisateur de voyage ou de tout autre fournisseur ;
- les erreurs ou omissions lors de la réservation ou l'impossibilité d'obtenir un visa ou un passeport ;
- le suicide ou la tentative de suicide ;
- les maladies dont les symptômes se manifestent au moment de la souscription du contrat pour la garantie "Annulation du voyage" et du départ du voyage pour les garanties "Remboursement des frais médicaux" et "Services à la personne" ;
- les pathologies dues à des complications de la grossesse au-delà de 24 semaines de grossesse ;
- l'interruption volontaire de grossesse, le prélèvement et/ou la transplantation d'organes ;
- l'usage non thérapeutique de médicaments ou de stupéfiants, l'alcoolisme et la toxicomanie, les maladies liées au VIH, le sida, les troubles mentaux et les troubles psychiques en général, y compris les comportements psychotiques et/ou névrotiques ;
- pandémies et/ou épidémies et/ou mesures prises par les autorités (y compris les autorités sanitaires), étant expressément entendu que ladite exclusion ne peut s'appliquer aux événements directement liés au virus actuellement en circulation et connu sous le nom de "Covid-19" ;

- l'annulation du voyage résultant de restrictions de circulation affectant le lieu de résidence et/ou le lieu de départ et/ou le lieu de transit et/ou le lieu de destination du voyage acheté par l'Assuré pouvant donner lieu à un remboursement ou à l'émission de bons à la charge du transporteur ;
- la quarantaine volontaire et/ou non due à des circonstances pour lesquelles la loi l'exige ;
- la pratique de sports tels que l'alpinisme avec ascensions supérieures au troisième degré, l'escalade libre (free climbing), le saut depuis un trampoline avec des skis ou des skis nautiques, le ski acrobatique et extrême, le tir à l'arc, le cyclisme, la spéléologie, le ski hors-piste, le ski alpin, le ski acrobatique, le ski nautique, le bobsleigh, le canoë-kayak de rivière supérieur au troisième degré, le rafting, le canyoning, le kite-surf, la nage en eau vive, le saut à l'élastique, le parachutisme, le deltaplane, les sports aériens en général, la boxe, la lutte, les arts martiaux, le football américain, le beach soccer, le snowboard, le rugby, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, l'haltérophilie, les activités équestres, le karting, le jet-ski, la motoneige, la randonnée à une altitude supérieure à 3 000mètres au-dessus du niveau de la mer, la chasse, le tir à la carabine ;
- les actes d'imprudence ;
- les activités sportives exercées à titre professionnel et/ou la participation à des compétitions ou concours sportifs, y compris les essais et les entraînements, effectués sous l'égide de fédérations ;
- les courses ou événements automobiles, motocyclistes, motonautiques, y compris jet-skis, bobsleighs, et les essais et entraînements correspondants ;
- les maladies infectieuses si l'assistance est empêchée par les réglementations sanitaires nationales ou internationales ;
- l'accouchement (précoce, prématuré ou autre) pendant le voyage ;
- la réalisation d'activités impliquant l'utilisation directe d'explosifs ou d'armes à feu ;
- les événements qui, se manifestant dans des pays en guerre, rendent impossible la fourniture d'une assistance.

La présente police d'assurance n'est valable que si elle est combinée (sous forme accessoire) à la vente d'un voyage effectué par le contractant. Il n'est pas permis d'émettre plus d'une demande de garantie pour le même risque afin d'augmenter les plafonds des garanties spécifiques et les cumuls de risque prévus contractuellement.

L'adhésion à la présente police d'assurance ne peut en aucun cas être émise pour prolonger un risque (c'est-à-dire le voyage) déjà en cours et il est expressément entendu que l'adhésion à la présente police doit obligatoirement avoir lieu avant le début du voyage. Si l'émission a lieu après la date de départ du voyage, le contrat et la proposition unique émise seront considérés comme nuls et la Compagnie remboursera la prime d'assurance.

OÙ LA COUVERTURE EST-ELLE VALABLE ?

✓ L'assurance est valable dans le pays ou le groupe de pays où le voyage a lieu, comme indiqué dans la police d'assurance, et où l'Assuré a subi le sinistre qui a donné lieu au droit à la prestation.

QUELLE SONT MES OBLIGATIONS ?

Au moment de la signature du contrat, le contractant et l'Assuré ont le devoir de faire des déclarations exhaustives, exactes et complètes sur le risque à assurer, et de communiquer, en cours de contrat, tous les changements entraînant une modification du risque. Des déclarations fausses, inexactes ou non exhaustives ou l'absence de notification de modifications du risque peuvent entraîner la résiliation de la police d'assurance ou la perte de tout ou partie du droit à l'indemnisation.

Le contractant et/ou l'Assuré sont également tenus de payer la prime afin de déterminer l'efficacité de la couverture d'assurance.

L'Assuré, en cas de sinistre, doit mettre à la disposition de la Compagnie tous les documents nécessaires à la vérification du dossier.

QUAND ET COMMENT DOIS-JE PAYER ?

Le contrat est considéré conclu avec le paiement, par l'intermédiaire du contractant, de la prime qui est déterminée pour des périodes d'assurance annuelles. Les dispositions de l'article 1901 du Code civil italien restent valables.

Le paiement peut être effectué par l'intermédiaire ou directement à la Compagnie.

La prime est indiquée toutes taxes comprises.

QUAND VOTRE COUVERTURE COMMENCE-T-ELLE ET QUAND FINIT-ELLE ?

Pour le contractant, l'assurance prend effet à minuit (ou à l'heure convenue) du jour indiqué dans la police d'assurance si la prime ou la première tranche de la prime a été payée, sans quoi elle prend effet à minuit le jour du paiement. L'assurance est valable un an et, à son échéance naturelle, elle est reconduite tacitement en l'absence de résiliation. Les parties ont toutefois le droit de résilier le contrat en cas de sinistre.

Pour les Assurés, la garantie annulation commence à la date de réservation du voyage, par le paiement de la prime d'assurance par le contractant ou l'Assuré, et se termine lorsque l'Assuré commence à utiliser le premier service acheté par le contractant.

Les autres garanties s'appliquent :

- Pour le voyage aller : Les garanties entrent en vigueur 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure effective de départ du navire), sont valables à partir du moment où l'Assuré se met en route pour atteindre le port d'embarquement et prennent fin à minuit le 15ème jour suivant le jour du débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure effective d'arrivée du navire).
- Pour le voyage de retour : Les garanties entrent en vigueur 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (selon l'heure effective de départ du navire), sont valables à partir du moment où l'Assuré se met en route pour atteindre le port d'embarquement et prennent fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (selon l'heure effective d'arrivée du navire), à l'exception des garanties qui suivent les réglementations spécifiques indiquées dans les différents chapitres.

L'adhésion à cette police d'assurance, par les parties assurées, doit obligatoirement avoir lieu au moment de la réservation du billet de transport maritime ou au plus tard 30 jours avant le départ.

La police n'est valable que si elle est combinée (sous une forme accessoire) à la vente d'un billet de transport maritime du contractant.

COMMENT PUIS-JE ANNULER LA POLICE D'ASSURANCE ?

Pour le contractant, le contrat est automatiquement reconduit pour un an à son échéance naturelle, sauf en cas de résiliation par lettre recommandée AR envoyée au moins 30 jours avant la date d'échéance.

Les parties ont toutefois le droit de résilier le contrat en cas de sinistre.

ASSURANCE MULTIRISQUE TOURISME

Document d'information précontractuelle supplémentaire pour les produits d'assurance non-vie
(DIP non-vie supplémentaire)
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Filo diretto Travel
Version n° 1 de décembre 2020 (dernière version disponible)

Ce document contient des informations supplémentaires et complémentaires à celles contenues dans le document d'information précontractuelle pour les produits d'assurance non-vie (DIP Non-vie), afin d'aider le contractant potentiel à comprendre plus en détail les caractéristiques du produit, les obligations contractuelles et la situation financière de la compagnie.

Le contractant doit lire les conditions d'assurance avant de signer le contrat.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. dont le siège social est situé en Italie à 10071 Borgaro Torinese (TO), via Lanzo 29, et l'administration centrale en Italie à 20864 Agrate Brianza (MB), viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tél : +39.039.9890001, site Web **www.nobis.it**, e-mail **assicurazioni@nobis.it**, courrier électronique certifié : **nobisassicurazioni@pec.it**.
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. est une société enregistrée en Italie et autorisée à exercer une activité d'assurance par décret du ministre de l'Industrie, du Commerce et de l'Artisanat italien du 20 octobre 1993 (Journal officiel italien du 3 novembre 1993 n°258). Elle est inscrite à la section I, sous le n°1.00115, du registre des sociétés de l'IVASS et est soumise au contrôle de ce dernier.
Société mère du Groupe Nobis, inscrite sous le n°052 au registre des groupes d'assurance.

Exercice 2019

Budget approuvé le 30/04/2020

Les capitaux propres de Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. s'élèvent à 58 796 752 €, dont le capital social 37 890 907 €, la réserve de prime d'émission 1 224 864 € et les réserves de capitaux propres 19 680 981 €.
Il convient de noter que les ratios de solvabilité, régime Solvabilité II, pour les affaires non-vie sont les suivants : 204,04 % qui représente le ratio de fonds propres éligibles sur le SCR (capital de solvabilité requis) et 450,95 % qui représente le ratio de fonds propres éligibles sur le MCR (capital minimum requis).

Pour toute mise à jour ultérieure, veuillez consulter le site Web de la Compagnie www.nobis.it

Le contrat est régi par la loi italienne et est soumis exclusivement à la juridiction italienne.



QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

En ce qui concerne la garantie **services à la personne et assistance auto**, les prestations individuelles sont précisées ci-dessous : Conseils médicaux par téléphone, Envoi d'un médecin en Italie en cas d'urgence, Envoi d'un pédiatre en cas d'urgence, Conseil psychologique en cas d'infection au Covid-19, Deuxième avis en cas d'infection au Covid-19, Informations sur le numéro d'urgence en cas d'infection au Covid-19, Orientation vers un médecin à l'étranger, Suivi de l'hospitalisation, Transport médical organisé, Rapatriement des membres de la famille ou du compagnon de voyage, Transport des dépouilles, Voyage d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation, Assistance aux mineurs, Rapatriement d'un voyageur convalescent, Prolongation de séjour, Envoi urgent de médicaments à l'étranger, Mise à disposition d'un interprète à l'étranger, Avance sur les frais de première nécessité, Retour anticipé, Frais de téléphone/télégraphie, Transmission de messages urgents, Frais de recherche ou de sauvetage de l'Assuré, Avance sur les cautions à l'étranger, Blocage et remplacement des cartes de crédit, Activation du service de streaming, Dépannage et remorquage, chauffeur, envoi de pièces détachées, frais d'hôtel, Retour au domicile, poursuite du voyage, prise en charge des frais de dépannage du véhicule, poursuite du voyage.

En ce qui concerne la garantie des **frais médicaux**, il est précisé que cette dernière comprend les frais d'hospitalisation dans un établissement médical, les frais de chirurgie et les honoraires médicaux, les frais de consultations externes, les frais de médicaments prescrits par un médecin, les frais de soins dentaires uniquement à la suite d'un accident.

L'ampleur de l'engagement de la Compagnie se mesure aux plafonds et, le cas échéant, aux sommes assurées convenues avec le contractant.

En ce qui concerne les garanties **Aide domestique, Indemnité journalière d'hospitalisation, Indemnité de convalescence et Interruption de voyage pour cause de quarantaine et d'isolement**, veuillez vous référer aux indications du Dip de base.

OPTIONS À PRIME RÉDUITE

Indiquer l'option	Aucune réduction de prime n'est prévue pour le produit Filo diretto Travel.
--------------------------	---

OPTIONS AVEC PAIEMENT D'UNE PRIME SUPPLÉMENTAIRE

Indiquer l'option	Aucune option payante supplémentaire n'est prévue pour le produit Filo diretto Travel.
--------------------------	--

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Bagages	<p>Outre les indications du DIP de base, il est précisé que la garantie prévoit également ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> dans la limite de 300,00 € par personne, le remboursement des frais de refonte/duplication du passeport, de la carte d'identité et du permis de conduire des véhicules à moteur et/ou du permis nautique à la suite des événements décrits ci-dessus ; dans la limite de 300,00 € par personne, le remboursement des frais documentés pour l'achat de vêtements de base et d'objets à usage personnel engagés par l'Assuré à la suite du vol total des bagages ou de leur remise par le transporteur plus de 12 heures après l'arrivée à destination de l'Assuré.
Accidents	<p>Outre les indications du DIP de base, la Compagnie verse les indemnités correspondant aux montants maximaux assurés indiqués dans la police d'assurance si l'Assuré subit, pendant la période de validité de la garantie, des dommages découlant des conséquences directes, exclusives et pouvant objectivement être constatées de l'accident et qui, dans un délai d'un an, provoquent le décès ou l'invalidité permanente. L'assurance est également valable pour les accidents que l'Assuré subit en tant que passager sur des vols réguliers et charters (à l'exclusion des avions privés), à partir du moment où il monte dans un avion jusqu'au moment où il le quitte, et qui causent des préjudices corporels pouvant objectivement être constatés et entraînant la mort ou une invalidité permanente. La garantie s'applique également aux accidents découlant d'agressions ou d'actes violents ayant un motif politique ou social, comme les attentats, le piratage, le sabotage, le terrorisme, à condition qu'ils ne soient pas consécutifs à une guerre, même non déclarée, à une insurrection ou à des émeutes populaires.</p>
Aide à domicile	<p>Outre les indications du DIP de base, il est précisé que les prestations suivantes sont valables : Consultations médicales, envoi d'un médecin en cas d'urgence, remboursement des frais médicaux, transport en ambulance, livraison de médicaments à domicile, réseau de santé affilié et gestion gratuite des rendez-vous.</p>
Annulation de voyage tous risques	<p>La Compagnie indemnise, selon les conditions de la présente police d'assurance, l'Assuré et un seul compagnon de voyage, à condition que ce dernier soit assuré et inscrit pour le même voyage, les frais de rétractation découlant de l'annulation du billet, déterminés selon les conditions générales du contrat, que l'annulation soit la conséquence de circonstances imprévisibles au moment de la réservation du voyage ou de prestations touristiques déterminées par tout événement imprévisible, pouvant objectivement être documenté, indépendant de la volonté de l'Assuré et de nature à empêcher l'Assuré d'entreprendre le voyage ou par la nécessité objective et impérative d'assister ses proches malades ou blessés. En cas d'accident impliquant plus d'un Assuré inscrit pour le même voyage, la Compagnie rembourse tous les membres de la famille ayants droit et un seul des compagnons de voyage à condition que ces derniers soient également assurés. L'assurance couvre l'incapacité de voyager si un compagnon assuré inscrit au même voyage annule le voyage en raison d'une infection confirmée au virus Covid-19, ainsi que l'infection confirmée au virus Covid-19 d'un membre de la famille de la personne assurée. Les annulations par les assurés en raison d'actes terroristes survenant après la signature du contrat d'assurance et dans les 30 jours précédant la date de départ en voyage sont également incluses dans la garantie, à condition que ces actes se produisent dans un rayon de 100 km du lieu où était prévu le séjour résultant de la réservation du voyage assuré.</p>



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

Risques exclus	Les risques exclus ont déjà été détaillés dans le DIP de base, qu'il est conseillé de consulter.
-----------------------	--





EXISTE-T-IL DES LIMITES DE COUVERTURE ?


Les exclusions, qui s'appliquent à toutes les garanties, ont déjà été énumérées dans le DIP de base. Vous trouverez ci-dessous les principales exclusions propres à chaque garantie.


Frais médicaux	Sont exclus les frais de physiothérapie, de soins infirmiers, de cures thermales, de cures d'amaigrissement et visant l'élimination de défauts physiques congénitaux ; les dépenses liées aux lunettes, aux lentilles de contact, aux prothèses et aux dispositifs thérapeutiques et celles liées aux interventions ou applications de nature esthétique. L'assurance ne couvre pas les frais engagés pour les interruptions volontaires de grossesse ainsi que pour les services et thérapies liés à la fertilité et/ou à la stérilité et/ou à l'impuissance. En outre, les frais sont exclus si l'Assuré n'a pas déclaré l'hospitalisation (y compris en hôpital de jour) ou les soins reçus aux urgences au Centre opérationnel. Si l'Assuré a l'intention de faire appel à des hôpitaux/médecins qui ne font pas partie du réseau de partenaires de la Compagnie, le déboursement maximum de Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ne peut dépasser le montant indiqué dans la police d'assurance. Dans la limite du montant maximal indiqué dans la police, pour les résidents en Italie dont le pays de destination du voyage est l'Italie, la Compagnie rembourse à l'Assuré les frais médicaux engagés à la suite d'une blessure. En Italie, si l'Assuré fait appel au service sanitaire national, la garantie est valable pour les frais ou les excès de frais laissés à la charge de l'Assuré. La couverture des frais médicaux est valable pour une période n'excédant pas un total de 110 jours d'hospitalisation.
Services à la personne	Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties, déjà indiquées dans le DIP de base, la Compagnie n'est pas responsable des dépenses engagées par l'Assuré sans l'autorisation préalable du Centre opérationnel. Dans le cas où l'Assuré refuse volontairement le transport médicalisé/le rapatriement sanitaire organisé, la Compagnie suspend immédiatement l'assistance et l'Assuré ne peut plus rien réclamer à la Compagnie. Si l'Assuré, en l'absence de toute indication médicale contraire, refuse unilatéralement d'être transféré dans un établissement de santé indiqué par la Compagnie, celle-ci suspend l'assistance et l'Assuré ne peut plus rien réclamer à la Compagnie. Les maladies infectieuses sont exclues si l'assistance est empêchée par la réglementation sanitaire internationale.
Bagages	Outre les exclusions prévues pour l'ensemble des garanties, déjà indiquées dans le DIP de base, sont exclus : l'argent ; les chèques ; les titres et collections ; les échantillons ; les bijoux, pierres précieuses et fourrures ; les dommages résultant d'une imprudence, d'une négligence ou d'un oubli de la part de l'Assuré ; les emballages insuffisants ou inadéquats ; les dégradations et dommages subis par les bagages ; les marchandises autres que les vêtements, remises au transporteur.
Annulation de voyage tous risques	Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties, déjà indiquées dans le DIP de base, la couverture n'est pas assurée pour les voyages annulés à la suite d'un événement autre que ceux spécifiés dans la case "Qu'est-ce qui est assuré ?" transcrite dans le présent DIP complémentaire.
Accidents	Outre les exclusions prévues dans le DIP de base, la couverture ne s'applique pas aux accidents découlant de la conduite de véhicules ou d'embarcations qui ne sont pas destinés à un usage privé et pour lesquels l'assuré ne possède pas les qualifications prescrites ; de la conduite ou de l'utilisation, y compris en tant que passager, de moyens de locomotion sous-marins.
Assistance auto	Outre les exclusions prévues pour toutes les garanties, déjà indiquées dans le DIP de base, il est précisé que sont exclus de la garantie : les véhicules immatriculés pour la première fois il y a plus de 8 ans ; les véhicules d'un poids supérieur à 35 quintaux ; les véhicules non terrestres qui ne sont pas dûment immatriculés ; les véhicules loués, pris en location ou utilisés pour le transport public ; les accidents survenus dans des pays n'appartenant pas à l'Union européenne.
Interruption du voyage pour cause de quarantaine ou d'isolement	Voyages vers des destinations où des mesures restrictives sont déjà en vigueur à la date d'arrivée à l'hôtel réservé ; Violation de la réglementation et/ou des dispositions en vigueur à la date d'arrivée prévue pour le voyage réservé ; Faute intentionnelle ou négligence grave de la part de l'Assuré ou du contractant ; Problèmes liés aux documents d'identité et/ou de voyage, aux visas et à tout équipement documentaire (y compris de nature sanitaire) requis par la réglementation en vigueur.

Pour chaque garantie unique indiquée dans ce produit et explicitement souscrite par le contractant, les sommes assurables, identifiées en détail dans la police d'assurance, les limites et les éventuelles franchises ou montants non couverts sont prévus. Tout recours, conformément à l'art. 1916 du Code civil italien, contre les tiers responsables ou autres obligataires est exercé par la Compagnie au même titre que l'indemnité versée, étant entendu que l'action récursoire ne sera pas exercée contre les transporteurs.

 QUELLE SONT MES OBLIGATIONS ? QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE LA COMPAGNIE ?	
Que faire en cas de sinistre ?	Déclaration du sinistre : le contractant et/ou l'Assuré doivent prévenir le Centre opérationnel par téléphone en appelant le numéro vert 800.894123 (de l'étranger, composer le +39 039.9890.702) puis envoyer une déclaration écrite à la Compagnie dans les 5 jours à partir de la date du sinistre ou à partir du moment où l'Assuré en a eu connaissance, avec indication de la date, du lieu et des circonstances, ainsi que des témoins éventuels. Il incombe à l'Assuré de fournir à la Compagnie les certificats médicaux, les dossiers médicaux, les rapports aux autorités, les factures attestant de l'achat des biens perdus et/ou des produits de première nécessité, les déclarations de réservation et d'annulation de billets, les preuves de paiement du voyage, le contrat de voyage, les billets originaux.
	Assistance directe/convention : il est précisé que le contrat prévoit la présence de services fournis directement à l'Assuré par des organismes/structures conventionnés avec la Compagnie.
	Prise en charge par d'autres compagnies : il est précisé que le contrat ne prévoit pas la prise en charge des sinistres par d'autres compagnies.
	Prescription : conformément à l'art. 2952 du Code civil italien, les droits de l'Assuré découlant du contrat se prescrivent dans les deux ans à compter du jour où s'est produit l'événement sur lequel se fonde le droit et/ou du jour où le tiers a demandé réparation à l'Assuré ou a agi contre ce dernier.
Déclarations incorrectes ou non exhaustives	Si, quant aux circonstances du risque faisant l'objet de la couverture d'assurance, le contractant/l'Assuré effectue des déclarations fausses ou non exhaustives au moment de l'estimation et les confirme lors de la signature du contrat, ou omet d'aviser la Compagnie de toute variation importante, ces circonstances sont susceptibles de porter préjudice, en tout ou en partie, au paiement du dommage (indemnité) par la Compagnie.
Obligations de la compagnie	La Compagnie, après avoir vérifié la validité de la garantie, au bout de 60 (soixante) jours à compter de la date de la déclaration de sinistre et à condition que tous les documents requis aient été produits, verse l'indemnité dans les 30 (trente) jours à compter de la date de réception des documents nécessaires, à condition qu'il n'y ait pas d'opposition de la part des créanciers privilégiés, gagistes ou hypothécaires.

 QUAND ET COMMENT DOIS-JE PAYER ?	
Prime	Le contractant doit payer le premier versement de la prime. La prime est toujours déterminée pour des périodes d'assurance d'un an, sauf dans le cas de contrats de plus courte durée, et est due en totalité, y compris en cas de fractionnement semestriel de la prime, avec l'application d'un supplément de 5 %. La Compagnie accepte le paiement de la prime par virement, chèque bancaire/circulaire, espèces dans les limites de la réglementation sur les devises, selon les dispositions du règlement IVASS n°40 et par tout autre moyen conforme à la réglementation en vigueur, accepté par l'éventuel intermédiaire. La prime est indiquée toutes taxes comprises.
Remboursement	S'agissant d'une police de tourisme temporaire, ce contrat ne prévoit pas la possibilité de remboursement de la prime.

 QUAND VOTRE COUVERTURE COMMENCE-T-ELLE ET QUAND FINIT-ELLE ?	
Durée	Le contrat d'assurance est valable un an et, à son échéance naturelle, il est reconduit tacitement en l'absence de résiliation. La durée des demandes individuelles des personnes assurées est celle indiquée par le contractant. La durée des garanties individuelles est indiquée dans le DIP de base.
Suspension	Le présent contrat ne prévoit pas la possibilité d'une suspension.

 COMMENT PUIS-JE ANNULER LA POLICE D'ASSURANCE ?	
Réflexion après signature	Si le contrat prévoit une conclusion par communication à distance, le contractant a le droit : <ol style="list-style-type: none"> de choisir de recevoir et de transmettre le dossier d'information et la documentation visée au chapitre III du règlement IVASS n°40/2018 sur papier ou autre support durable ; de demander dans tous les cas et sans frais la réception de la documentation susmentionnée sur papier et de modifier la technique de communication à distance ; d'utiliser, à la suite de la demande de la Compagnie de signer et de réexpédier le contrat qui lui a été envoyé, à son choix le papier ou tout autre support durable ; en cas de contrat à distance par l'intermédiaire de call centers dont les employés ne sont pas des employés de la Compagnie, d'être mis en contact avec la personne responsable de la coordination et du contrôle de l'activité de promotion et de placement des contrats d'assurance effectuée par le call center.
Résiliation	Toute modification du contrat est communiquée par la Compagnie au contractant/à l'Assuré, par le biais de l'intermédiaire en charge du contrat, dans les 45 jours suivant l'éventuel renouvellement annuel du contrat. Si l'assuré n'accepte pas les nouvelles conditions de prime et/ou la somme assurée proposée pour l'année suivante, il a le droit de résilier le contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Compagnie au moins 30 jours avant la date d'échéance.

À QUI S'ADRESSE CE PRODUIT ?

Le présent contrat est destiné aux personnes - présentant les caractéristiques indiquées dans le DIP de base - qui achètent un billet de transport maritime émis par le contractant, ayant les caractéristiques également indiquées dans le DIP de base.

QUELS SONT LES FRAIS QUE JE DOIS ENGAGER ?

L'Assuré, au moment de la souscription du contrat d'assurance, doit engager le coût de la prime chiffrée selon le tarif établi pour le type de voyage auquel la police est combinée et les garanties choisies.

Frais de courtage : la part moyenne revenant à l'intermédiaire pour la branche 1 (accidents) est de 36,60 %, pour la branche 2 (maladie) de 22,99 %, pour la branche 7 (marchandises transportées) de 23,80 %, pour la branche 16 (pertes financières) de 40,47 % et pour la branche 18 (assistance) de 46,69 %.

COMMENT PUIS-JE DÉPOSER UNE RÉCLAMATION ET RÉSOUDRE UN LITIGE ?

À la compagnie d'assurance	Les éventuelles réclamations concernant la relation contractuelle ou la gestion des sinistres doivent être transmises par le Client au Bureau des réclamations de Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it Réponse dans les 45 jours.
À l'IVASS	Si l'Assuré n'est pas satisfait de la réponse de la Compagnie, il peut s'adresser à IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Rome, fax 06.42133206, courrier électronique certifié : ivass@pec.ivass.it , en utilisant le formulaire spécifique appelé "Annexe 2" (disponible sur le site Web www.ivass.it , section "guida reclami", "come presentare un reclamo"), en joignant la documentation relative à la réclamation traitée par la compagnie.

AVANT DE SAISIR L'AUTORITÉ JUDICIAIRE, il est possible de recourir à d'autres systèmes de résolution des litiges, tels que :

Médiation	En s'adressant à un organe de médiation parmi ceux répertoriés par le ministère de la Justice italien, qui peuvent être consultés sur le site www.giustizia.it (Loi italienne 9/8/2013, n°98)
Négociation assistée	Par demande de votre avocat à la Compagnie.
Autres modes de résolution des litiges	<ul style="list-style-type: none">- Après vérification du droit à l'indemnisation de l'Assuré, les litiges médicaux sont soumis par écrit à un collège de trois médecins, l'un désigné par chaque partie et le troisième d'un commun accord ou, si cela n'est pas possible, par le collège de l'Ordre des médecins compétent pour le lieu où le collège doit se réunir.- Pour la résolution des litiges transfrontaliers, il est possible de soumettre une réclamation à l'IVASS directement au système étranger compétent en demandant l'activation de la procédure FIN-NET, ou par la réglementation applicable.

POUR CE CONTRAT, LA COMPAGNIE NE DISPOSE PAS D'UN ESPACE INTERNET RÉSERVÉ AU CONTRACTANT (*HOME INSURANCE*), PAR CONSÉQUENT, APRÈS LA SIGNATURE, VOUS NE POURREZ PAS CONSULTER CET ESPACE NI L'UTILISER POUR GÉRER ÉLECTRONIQUEMENT LE CONTRAT.

SECTION I - GLOSSAIRE.....	1
SECTION II - CONDITIONS D'ASSURANCE	3
Art. 1 - Determination de la prime - Declarations relatives aux circonstances du risque	3
Art. 2 - Exclusion des compensations alternatives	3
Art. 3- Validite, prise d'effets et duree des garanties.....	3
Art. 4 - Obligations de l'assure en cas de sinistre	3
Art. 5 - Extension territoriale	3
Art. 6 - Criteres de liquidation des sinistres.....	3
Art. 7 - Differends.....	3
Art. 8 - Droit - Juridiction	3
Art. 9 - Integration de la documentation de declaration de sinistre	4
Art. 10 - Obligations du contractant	4
Art. 11 - Clause de cumul.....	4
Art. 12 - Non-paiement - Meme partiel - de la prime	4
Art. 13 - Effets vis-a-vis de l'assure.....	4
Art. 14 - Clauses specifiques concernant la garantie «annulation du voyage»	4
Art. 15 - Exclusions et limitations valables pour toutes les garanties	4
SECTION III - GARANTIES OFFERTES PAR L'ASSURANCE.....	6
CHAPITRE 1 - FRAIS MÉDICAUX	6
Art. 1.1 - Objet de l'assurance	6
Art. 1.2 - Franchise et decouvert	6
Art. 1.3 - Exclusions et limites specifiques pour la garantie des frais medicaux	6
CHAPITRE 2 - INDEMNITE JOURNALIERE D'HOSPITALISATION APRÈS UNE INFECTION PAR COVID- 19.....	6
Art. 2.1 - Objet de l'assurance.....	6
CHAPITRE 3 - INDEMNITÉ DE CONVALESCENCE.....	7
Art. 3.1 - Objet de l'assurance	7
CHAPITRE 4 - ASSISTANCE À LA PERSONNE	7
Art. 4.1 - Objet de l'assurance	7
Art. 4.2 - Conseil medical par telephone.....	7
Art. 4.3 - Envoi d'un medecin en italie en cas d'urgence.....	7
Art. 4.4 - Envoi d'un pédiatre en cas d'urgence.....	7
Art. 4.5 - Consultation psychologique en cas d'infection par covid-19.....	7
Art. 4.6 - Deuxième avis en cas d'infection par covid-19.....	7
Art. 4.7 - Numéro d'urgence d'information en cas d'infection par covid-19.....	7
Art. 4.8 - Recommandation d'un medecin a l'etranger	7
Art. 4.9 - Suivi de l'hospitalisation	7
Art. 4.10 - Transport sanitaire organise	8
Art. 4.11 - Retour des membres de la famille ou du compagnon de voyage.....	8
Art. 4.12 - Transport du corps	8
Art. 4.13 - Voyage d'un membre de la famille en cas d'hospitalisation.....	8
Art. 4.14 - Assistance aux mineurs.....	8
Art. 4.15 - Prise en charge des frais de deplacement d'un membre de la famille ou d'un compagnon de voyage en cas d'hospitalisation.....	8
Art. 4.16 - Retour du voyageur convalescent	8
Art. 4.17 - Prolongation du sejour.....	8
Art. 4.18 - Envoi urgent de medicaments a l'etranger.....	8
Art. 4.19 - Interprete a disposition a l'etranger	9
Art. 4.20 - Avance pour depenses de premiere necessite	9
Art. 4.21 - Retour anticipe	9
Art. 4.22 - Frais telephoniques/telegraphiques.....	9
Art. 4.23 - Transmission de messages urgents	9
Art. 4.24 - Frais de sauvetage, de recherche et de recuperation	9
Art. 4.25 - Avance pour caution penale a l'etranger	9
Art. 4.26 - Annulation et remplacement des cartes de crédit	9
Art. 4.27 - Activation du service de video et des journaux en streaming en cas d'hospitalisation.....	9
Art. 4.28 - Exclusions et limites specifiques pour la garantie assistance a la personne	10
Art. 4.29 - Responsabilites	10
Art. 4.30 - Restitution des titres de voyage.....	10
CHAPITRE 5 - BAGAGES	10
Art. 5.1 - Objet de l'assurance	10
Art. 5.2 - Exclusions et limites specifiques pour la garantie bagages.....	10
Art. 5.3 - Criteres de dedommagement	10
Art. 5.4 - Obligations de l'assure en cas de sinistre	10
CHAPITRE 6 - ANNULATION DU BILLET	10
Art. 6.1 - Objet de l'assurance	10
Art. 6.2 - Plafond	11
Art. 6.3 - Criteres d'indemnisation	11
Art. 6.4 - Engagements de la societe	11
Art. 6.5 - Droit de reprise a son compte.....	11

CHAPITRE 7 - ACCIDENTS	12
Art. 7.1 - Objet de l'assurance	12
Art. 7.2 - Limite d'age.....	12
Art. 7.3 - Sommes assurees et cumul.....	12
Art. 7.4 - Declaration du sinistre et obligations correspondantes.....	12
Art. 7.5 - Renonciation au droit de subrogation.....	12
Art. 7.6 - Exclusions et limites specifiques de la couverture des accidents.....	12
Art. 7.7 - Criteres d'indemnisation	12
Art. 7.8 - Franchise en cas d'invalidite permanente.....	13
CHAPITRE 8 - ASSISTANCE AU VÉHICULE	13
Art. 8.1 - Objet de l'assurance	13
Art. 8.2 - Secours routier et remorquage.....	13
Art. 8.3 - Envoi de pieces de rechange.....	13
Art. 8.4 - Retour au domicile et/ou abandon du vehicule.....	13
Art. 8.5 - Poursuite du voyage - Voiture de remplacement	13
Art. 8.6 - Retour de l'assure et des autres passagers	13
Art. 8.7 - Prise en charge des frais de recuperation du vehicule	13
Art. 8.8 - Frais d'hotel.....	13
Art. 8.9 - Conducteur	14
Art. 8.10 - Avance de caution penale.....	14
Art. 8.12 - Exclusions.....	14
CHAPITRE 9 - ASSISTANCE À DOMICILE NON APPLICABLE	14
CHAPITRE 10 - INTERRUPTION DE SÉJOUR POUR QUARANTAINE OU ISOLEMENT	14
Art. 10.1 - Objet de l'assurance	14
Art. 10.2 - Exclusions.....	14
Art. 10.3 - Recuperation	14
CHAPITRE 11 - ASSISTANCE À DOMICILE NON APPLICABLE	14
SECTION IV - QUE FAIRE POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT	15
Notes d'information fournie conformément au chapitre III, section 2, du règlement 2016/679 de l'UE (RGPD)	17

SEZIONE I - GLOSSAIRE

Afin de faciliter la lecture et la compréhension du présent document, on fournit ci-après l'explication de certains termes du glossaire des assurances, ainsi que des termes qui revêtent une signification particulière au sein de la police elle-même. Lorsque les termes visés dans la présente section figurent au sein de la police, ils présentent la signification qui est mentionnée ci-dessous.

Dispensaire: la structure ou le centre médical équipé et autorisé officiellement en vue de fournir des services médicaux ainsi qu'un cabinet professionnel répondant aux conditions légales prévues pour l'exercice de la profession médicale individuelle;

Annexe de régulation: le document par lequel la Société indique chaque mois au contractant le nombre des personnes annoncées et incluses dans la police d'assurance, ainsi que le montant dû de la prime correspondante à intégrer dans la prime minimale;

Assuré: la personne dont l'intérêt est protégé par l'assurance ou toute personne qui souscrit cette police au moment de la réservation du billet, dûment signalée à la Société;

Assurance: le contrat d'assurance;

Assistance: l'aide rapide, en espèces ou en nature, fournie à l'assuré qui se trouve en difficulté après la survenue d'un sinistre;

Actes de terrorisme: une action dans le domaine public - y compris des formes graves de violence illégale contre une communauté (ou une partie de celle-ci) et ses biens - visant à terroriser les membres d'une collectivité organisée et/ou à en déstabiliser l'ordre établi et/ou à limiter les libertés individuelles (y compris la liberté religieuse), au moyen d'attentats, d'enlèvements, de détournements d'avions, de navires, etc. et d'actes similaires dès lors qu'ils sont en mesure de mettre en danger la vie des individus;

Avarie: le dommage subi par les bagages pour cause de rupture, collision, choc contre des objets fixes ou mobiles.

Bagages: les vêtements, les articles de sport et les articles d'hygiène personnelle, le matériel photographique et vidéo, les postes de radio et de télévision et l'équipement électronique, ainsi que la valise, le sac, le sac à dos qui peuvent les contenir et que l'assuré emporte avec lui en voyage.

Centrale opérationnelle: la structure de la Société composée de techniciens et d'opérateurs, active 24 heures sur 24 tous les jours de l'année, qui garantit le contact téléphonique avec l'assuré, organise et fournit les prestations d'assistance;

Contractant: la personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance;

Hôpital de jour: l'hospitalisation sans nuitée dans un établissement de soins.

Données variables: désignent les facteurs de risque variables utilisés pour le règlement de la prime et de l'ajustement connexe, soit le nombre d'assurés et/ou de biens assurés pour lesquels la couverture d'assurance est fournie et devant être communiqués par le Contractant selon les modalités prévues par le Contrat.

Domicile: le lieu d'habitation, même temporaire, de l'assuré.

Durée du contrat: la durée de validité du contrat choisie par l'assuré;

Europe: tous les pays d'Europe et du bassin méditerranéen, à l'exclusion de la Fédération de Russie.

Étranger: tous les pays autres que ceux mentionnés dans la définition Italie.

Membres de la famille: conjoint/concubin, parents, frères, sœurs, enfants, beaux-parents, gendres, brus, grands-parents, oncles et tantes, neveux et nièces jusqu'au 3ème degré de parenté, beaux-frères et belles-sœurs.

Franchise: montant prédéterminé qui reste dans tous les cas à la charge de l'assuré pour chaque sinistre;

Vol: il s'agit de l'infraction prévue à l'article 624 du Code pénal, commise par toute personne qui prend possession du bien meuble d'autrui, en le soustrayant à son propriétaire, dans le but d'en tirer profit pour elle-même ou d'autres personnes;

Panne: le dommage subi par un véhicule à cause de l'usure, d'un défaut, d'une casse, du dysfonctionnement de ses éléments (à l'exclusion de toute intervention d'entretien de routine), de nature à le rendre inutilisable par l'assuré dans des conditions normales;

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

Incendie: l'autocombustion avec développement d'une flamme;

Accident de la route: l'événement subi par le véhicule suite à un événement imprévisible, à l'imprudence, la négligence, au non-respect des normes et règlements, en relation avec la circulation routière telle qu'elle est définie par la loi, provoquant des dommages au véhicule de nature à le rendre inutilisable dans des conditions normales;

Indemnisation ou indemnité: la somme due par la Société en cas de sinistre couvert par les garanties de la police;

Accident: événement causé par un facteur imprévisible, violent et externe, qui produit des lésions physiques pouvant être objectivement constatées et qui ont pour conséquence la mort ou une invalidité permanente ou une incapacité temporaire totale ou partielle.

Intervention chirurgicale: acte médical pratiqué dans la salle d'opération d'un établissement de soins ou d'un cabinet médical équipé en conséquence, effectué par le biais d'une incision pratiquée dans les tissus ou à l'aide de sources d'énergie mécanique, thermique ou lumineuse. Dans le domaine des assurances, la réduction de fractures et de luxations sans incision est également assimilée à de la chirurgie.

Invalidité permanente: la perte ou la diminution définitive et irrémédiable, suite à un accident ou une maladie, de la capacité d'accomplir tout travail rémunérateur, quelle que soit la profession exercée;

Établissement de soins: les hôpitaux, les maisons de soins, les centres de soins à caractère scientifique (IRCCS), les cliniques universitaires, bénéficiant d'une autorisation officiellement délivrée par les autorités compétentes (conformément aux exigences légales), dans le but de fournir une assistance hospitalière. Sont exclus les établissements thermaux, les structures médicales de réhabilitation et de rééducation, les maisons de soins pour personnes âgées (EMS), les cliniques dédiées à la diététique et à l'esthétique, ainsi que les centres fournissant les prestations définies à l'article 2 de la loi n° 38 du 15/03/2010;

Italie: le territoire de la République italienne, la Cité du Vatican et la République de Saint-Marin.

Maladie: toute altération de l'état de santé qui n'est pas liée à un accident.

Maladie préexistante: maladie qui est la manifestation ou la conséquence directe de situations pathologiques apparues avant la souscription de la police.

Plafond: somme à concurrence de laquelle la Société répond pour chaque sinistre dans le cadre de l'assurance.

Médicaments: sont considérés comme tels les médicaments décrits dans l'annuaire italien des médicaments. Par conséquent, ne sont pas considérés comme tels les produits parapharmaceutiques, homéopathiques, cosmétiques, diététiques, galéniques, etc., même s'ils sont prescrits par un médecin;

Monde: tous les pays du monde;

Police: le document prouvant l'existence de l'assurance;

Prime: la somme due par le Contractant à la Société;

Prime définitive: le montant de la prime d'assurance dû par le contractant à la Société sur la base du nombre de personnes effectivement signalées ou, en cas de prime en pourcentage, en multipliant le taux brut annuel spécifié dans la police par le chiffre d'affaires réel réalisé par le contractant pendant la durée de la police;

Prime minimale: le montant de la prime d'assurance dû dans tous les cas par le contractant à la Société, indépendamment du nombre de personnes effectivement signalées ou, en cas de prime en pourcentage, du volume réel du chiffre d'affaires réalisé pendant la durée de la police;

Vol avec violences: la soustraction de biens mobiles à leur propriétaire en usant de violence ou de menace envers la personne;

Domicile: le lieu où la personne physique ou morale a sa demeure habituelle/son siège comme indiqué dans les registres administratifs;

Hospitalisation: le séjour hospitalier, comprenant la nuit, dans un établissement de soins - public ou privé - officiellement autorisé à fournir des soins hospitaliers;

Risque: probabilité que survienne l'événement dommageable contre lequel l'assurance est conclue;

Découvert: la partie du dommage indemnisable selon les conditions de la police qui demeure à charge de l'assuré pour chaque sinistre;

Sinistre: la survenue du fait ou de l'événement dommageable contre lequel l'assurance est conclue;

Frais du perdant: frais que la partie perdante est condamnée à rembourser à la partie gagnante dans une procédure civile;

Tiers: généralement, ne revêtent pas le statut de tiers: a) le conjoint, les parents, les enfants de l'assuré, ainsi que toute autre personne associée ou apparentée qui vit avec lui et relevant de sa situation familiale; b) les employés de l'assuré qui subissent le dommage pendant le travail ou le service;

Véhicule: moyen mécanique de transport conduit par l'assuré, entraîné par un moteur et destiné à circuler sur les routes, dans les zones publiques et privées. Le véhicule assuré est celui qui est identifié dans la police.

Isolement: séjour obligatoire à domicile à la suite d'une contamination confirmée par le Covid-19;

Quarantaine: séjour obligatoire à domicile, impliquant une ou plusieurs personnes, avec ou sans surveillance sanitaire, dans le but de confirmer ultérieurement une contamination par le Covid-19;

Voyages/Location: l'itinéraire qui figure sur le billet de transport maritime régulièrement vendu par le Contractant à l'Assuré, directement ou par des intermédiaires.

Nobis Insurance Company S.p.A. est responsable de la véracité et de l'exhaustivité des données et informations contenues dans cet ensemble d'informations.

Le Représentant Légal
Dr. Giorgio Introvigne



SECTION II - CONDITIONS D'ASSURANCE

Conditions d'assurance Filo diretto Travel Mod. 6003 éd. 2020-12 - Dernière mise à jour 01/12/2020

Dans cette section, le Contractant trouvera les normes qui régissent la relation entre la Société et le contractant lui-même, en définissant les droits et les obligations des parties.

Art. 1 - DÉTERMINATION DE LA PRIME - DÉCLARATIONS RELATIVES AUX CIRCONSTANCES DU RISQUE

La prime est déterminée sur la base des données qui figurent dans la Fiche de police, en fonction des variables suivantes, qui sont propres à chaque voyage assuré: destination, prix du voyage, durée du voyage, sommes maximums choisies et nombre d'assurés.

Le Contractant doit immédiatement informer la Société de toute modification qui serait apparue en cours de contrat. En cas de déclarations inexactes ou incomplètes de la part du Contractant, ayant été faites au moment de la conclusion du contrat et portant sur des circonstances susceptibles d'influencer l'évaluation du risque, ou en l'absence d'une communication de toute modification de ces circonstances mêmes qui entraîneraient une aggravation du risque, le paiement du dommage n'est pas dû ou est dû dans une mesure moindre, par l'effet des dispositions des articles 1892 - 1893 - 1894 et 1898 du Code civil italien.

Art. 2 - EXCLUSION DES COMPENSATIONS ALTERNATIVES

Si l'Assuré ne bénéficie pas d'une ou de plusieurs prestations, la Société n'est pas tenue de lui fournir des indemnités ou des prestations alternatives en guise de compensation.

Art. 3 - VALIDITÉ, PRISE D'EFFETS ET DURÉE DES GARANTIES

La durée de la couverture par assurance est celle qui appert de l'application qui est communiquée par le Contractant pour chaque Assuré à l'aide du système en ligne spécifique mis à disposition par la Société, à condition que toutes les règles d'acceptation et de communication aient été respectées par le Contractant.

La garantie d'annulation du billet est valable aussi bien pour le voyage aller que pour le retour, et prend ses effets dès le moment où le billet est réservé et jusqu'au moment de l'embarquement (à l'aller et/ou au retour).

Les autres garanties s'appliquent:

Pour le voyage aller: La garantie commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire); elle est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin à minuit du 15ème jour suivant le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour: La garantie commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire); elle est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

L'acceptation de la présente police d'assurance doit avoir lieu au moment de la réservation du billet ou au plus tard 30 jours avant le départ.

Art. 4 - OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'Assuré doit en aviser par téléphone et par écrit la Société, selon les modalités prévues par les garanties individuelles. Le non-respect de cette obligation peut entraîner la perte totale ou partielle du droit à l'indemnisation conformément à l'article 1915 du Code civil italien.

Art. 5 - EXTENSION TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le pays ou le groupe de pays où le voyage a lieu et où l'Assuré a subi le sinistre qui est à l'origine du droit à la prestation.

Art. 6 - CRITÈRES DE LIQUIDATION DES SINISTRES

Le paiement des montants contractuellement dus est effectué sur présentation des justificatifs originaux, de déclarations et de reçus dûment acquittés. Sur demande de l'Assuré, la Société lui renvoie les originaux susmentionnés après y avoir indiqué la date de liquidation et le montant versé.

Si l'Assuré a présenté l'original des justificatifs, des déclarations et des reçus à des tiers pour en obtenir le remboursement, la Société effectue le paiement de la somme due sur la base du présent contrat après avoir prouvé les frais réellement supportés, après déduction des sommes à la charge desdits tiers. Les remboursements sont toujours effectués en euros.

La Société procédera au remboursement de l'Assuré, seulement sur présentation complète des documents nécessaires à l'évaluation du sinistre.

Art. 7 - DIFFÉRENDS

L'évaluation du dommage sera effectuée par la Société par accord direct entre les parties ou, à défaut, sera établie par deux experts, dont chacun est nommé par une partie. En cas de désaccord, un troisième expert sera désigné. Si l'une des deux parties ne nomme pas son expert ou en l'absence d'accord sur le choix du troisième expert, la nomination sera faite par le Président du tribunal de la juridiction où se trouve le siège social de la Société. Chacune des parties prend à sa charge les frais de son expert et la moitié de ceux du troisième expert. Les décisions sont prises à la majorité avec dispense de toute formalité légale et sont contraignantes pour les parties, qui renoncent dès maintenant à tout recours, sauf dans les cas de violence, de faute intentionnelle, d'erreur ou de violation des accords contractuels.

Art. 8 - DROIT - JURIDICTION

Les parties conviennent que le présent contrat est régi par la loi italienne. Les parties conviennent en outre que tout litige découlant du présent contrat sera soumis à la juridiction italienne.

Art. 9 - INTÉGRATION DE LA DOCUMENTATION DE DÉCLARATION DE SINISTRE

L'Assuré prend acte et accorde expressément à Nobis Compagnia di Assicurazioni le droit de demander des documents supplémentaires en plus de la documentation indiquée dans la garantie/prestation pour faciliter la liquidation du dommage. L'absence de production des documents relatifs au cas particulier peut conduire à la nullité totale ou partielle du droit au remboursement.

Art. 10 - OBLIGATIONS DU CONTRACTANT

Le Contractant s'engage:

- à proposer cette police à tous les clients qui achètent un billet de bateau;
- à fournir à tous les Assurés, au format imprimé ou électronique et avant la signature du contrat, les Conditions d'assurance relatives à la présente police et le glossaire correspondant;
- à publier sur son site la synthèse des garanties d'assurance prévues par la présente police.

Art. 11 - CLAUSE DE CUMUL

Il demeure entendu que, en cas d'événement qui affecte plusieurs Assurés auprès de la Société, le déboursement maximal de sa part ne peut dépasser le montant de 1.000.000,00 € par événement.

Si le capital assuré total dépasse les limites indiquées ci-dessus, les indemnités revenant à chaque Assuré seront réduites proportionnellement.

Art. 12 - NON-PAIEMENT - MÊME PARTIEL - DE LA PRIME

Lorsque le Contractant ne paie pas la prime due à la signature du contrat ou deux ou plusieurs versements de prime ultérieurs dans les délais convenus ou ne paie pas la partie de l'ajustement de la prime variable de la manière et dans les délais convenus ou ne communique pas les données variables ou le fait d'une manière qualitative et quantitative incomplète ou avec du retard par rapport aux conditions prévues par le contrat, la Société a le droit de déclarer la suspension des effets de la couverture d'assurance par lettre recommandée avec accusé de réception, (à l'exception des services indiqués dans la garantie «Assistance à la personne», le cas échéant) à compter de la date de réception de ladite communication, en mettant le Contractant en demeure et, en cas de prolongation du non-paiement dans les 15 jours suivant la réception de ladite communication, de déclarer la résiliation du contrat dans les mêmes délais, constituant ainsi un manquement grave aux obligations du Contractant au titre de l'article 1455 et suivants du Code civil italien, sans préjudice de tout autre droit, y compris voué à l'indemnisation du préjudice subi. La suspension et/ou la résiliation des effets du présent Contrat prend effet et est valable pour le Contractant et pour l'Assuré, et ce dernier sera dûment informé de ce fait par le Contractant, en soulevant la Société de toute responsabilité pour tout préjudice résultant du non-respect de cette obligation. À défaut de communication des données variables de règlement ou de défaut de paiement de la prime d'ajustement dans les délais convenus, sous réserve de la suspension de la garantie, il est expressément convenu que les éventuels sinistres survenus au cours de la période à laquelle se rapporte l'absence de règlement ne seront pas indemnisés et/ou liquidés par la Société au Contractant et/ou à l'Assuré. De même - si l'un des événements visés dans le présent article survient et n'est pas suivi d'une définition immédiate et complète de la position débitrice du Contractant - la Société se réserve le droit de régler les sinistres au prorata des encaissements effectivement effectués.

Art. 13 - EFFETS VIS-À-VIS DE L'ASSURÉ

Le Contractant s'engage à informer l'assuré, au moment de son adhésion à la police, que la garantie d'assurance prévue dans le présent contrat sera suspendue par la Société, en plus des hypothèses prévues par la législation en vigueur, lors de la survenue des hypothèses visées à l'article 12, soit par exemple dans le cas où le Contractant n'effectue aucune communication concernant les données variables et/ou s'il l'effectue dans une mesure insuffisante en qualité et en quantité ou en retard par rapport aux délais contractuels, en permettant à la Société de déclarer la résiliation du contrat en cas de persistance de la non-exécution. Cela est également valable dans les hypothèses de non-paiement de la prime et/ou des mensualités subséquentes aux échéances mensuelles prévues, ou des sommes dues à l'ajustement de la part du Contractant, et dans tous les cas où le Contractant a manqué à ses obligations en vertu du présent contrat. Le contractant s'engage en outre à informer l'Assuré des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article précédent et de dégager la Société de toute responsabilité contre toute réclamation et/ou plainte lui parvenant de la part de l'Assuré.

Art. 14 - CLAUSES SPÉCIFIQUES CONCERNANT LA GARANTIE «ANNULATION DU VOYAGE»

Le Contractant s'engage à relever la Société indemne de toute revendication - y compris financière - qui pourrait être présentée par sa clientèle en cas de demande de mise en application de la garantie «Annulation du voyage», étant donné que l'origine des sinistres qui s'inscrivent dans le cadre de la garantie en question naît exclusivement et directement de l'application de la pénalité de retrait du contrat de voyage de la part du Contractant lui-même.

Art. 15 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS VALABLES POUR TOUTES LES GARANTIES

Toutes les prestations ne sont pas dues dans le contexte de sinistres qui seraient provoqués par:

- état de guerre, révolution, émeutes ou mouvements populaires, pillage, vandalisme, **grèves**;
- actes de terrorisme, à l'exception de la garantie d'annulation du billet, frais médicaux, Assistance à la personne;
- grèves; séismes, inondations, déluges et autres phénomènes atmosphériques déclarés catastrophes naturelles ainsi que des phénomènes se produisant en relation avec des transformations naturelles ou créées artificiellement ou des tassements énergétiques de l'atome;
- faute intentionnelle ou négligence grave de l'entrepreneur ou de l'assuré;
- voyage entrepris contre l'avis d'un médecin ou, en tout cas, avec des maladies se trouvant dans leur phase aiguë ou dans le but de subir des traitements médicaux / chirurgicaux; se rendre sur un territoire soumis à une interdiction ou à une restriction (même temporaire) émise par une autorité publique compétente, des déplacements extrêmes dans des zones reculées, accessibles uniquement à l'aide de véhicules de secours spéciaux; pollution de toute nature, infiltration, contamination de l'air, de l'eau, du sol, du sous-sol ou tout dommage environnemental;
- défaillance du transporteur ou de tout fournisseur;

- erreurs ou omissions dans la phase de réservation ou impossibilité d'obtenir un visa ou un passeport;
- suicide ou tentative de suicide;
- **maladies avec symptômes en cours au moment de la signature de la police, pour la garantie « Annulation du voyage » et du début du voyage, pour les garanties « Remboursement des frais médicaux » et « Assistance personnelle »;**
- maladies dues à des complications de l'état de gestation, au-delà de la 24ème semaine;
- interruption volontaire de grossesse;
- transplantation d'explants et/ou d'organes;
- usage non thérapeutique de stupéfiants ou de drogues, toxicomanie et alcoolisme, maladies liées à l'HIV, Sida, troubles mentaux et troubles psychiques en général, y compris comportement psychotique et / ou névrotique;
- **pandémies et/ou épidémies et/ou mesures adoptées par les Autorités (y compris les Autorités sanitaires), étant expressément entendu que ladite exclusion ne pourra pas s'appliquer aux événements directement liés au virus actuellement en circulation et connu sous le nom de « Covid-19 »;**
- **Annulation du voyage en raison de restrictions apportées à la circulation qui concernent le lieu de domicile et/ou le lieu de départ et/ou le lieu de transit et/ou le lieu de destination du voyage ayant été acquis par l'Assuré, et qui puisse donner lieu à un remboursement ou à l'émission de vouchers (bons) à charge du transporteur;**
- **Quarantaine volontaire et/ou qui ne peut être mise en relation avec des circonstances pour lesquelles la loi exige qu'elle soit effectuée;**
- La pratique de sports tels que: l'alpinisme avec des escalades supérieures au troisième degré, l'escalade libre (free climbing), le saut de tremplin par ski ou l'hydroski, le ski acrobatique et extrême, le ski hors-piste, le ski de montagne, le bobsleigh, le canoë-kayak en rivière au-delà du troisième degré, la descente de rapides de cours d'eau (rafting), le kitesurf, l'hydrospeed, les sauts dans le vide (bungee jumping), le parachutisme, le parapente, les sports aériens en général, la boxe, la lutte, le football américain, le rugby, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, l'athlétisme lourd, le trekking pratiqué à plus de 3.000 mètres;
- actes de témérité;
- activités sportives exercées de manière professionnelle; la participation à des championnats ou compétitions sportives, y compris des tests et des entraînements effectués sous l'égide de fédérations;
- les courses de motos, courses de bateaux à moteur, y compris les scooters des mers, les voitures de guidage et les tests et l'entraînement connexe;
- les maladies infectieuses si l'intervention de secours est empêchée par les réglementations sanitaires nationales ou internationales;
- accouchement (prévu, prématuré ou non) survenu pendant le voyage;
- Mener des activités impliquant l'utilisation directe d'explosifs ou d'armes à feu;
- les événements survenus dans des pays en état de belligérance qui empêchent toute assistance;

Il est pas permis de conclure ces polices à plusieurs reprises afin de relever les limites des garanties spécifiques et des tas de risques prévus contractuellement. La conclusion de la présente police ne peut en aucun cas avoir lieu pour prolonger un risque (par exemple, le voyage) déjà en cours et il est expressément entendu que l'adhésion à cette police doit être obligatoire au moment de la réservation du billet ou au plus tard 30 jours avant le départ indiqué sur le billet réservé. Si l'émission n'a pas lieu dans les conditions spécifiées ci-dessus, le contrat sera réputé dénué d'effet, la Société remboursera la prime et aucun incident survenu ne sera pris en charge par la Société

Sont exclus tous les sinistres qui seraient liés à des événements qui seraient survenus en dehors de la période d'utilisation du service touristique fourni par l'organisateur du voyage, le Contractant de la présente police.

En ce qui concerne la vente des seuls services de transport, la présente police n'est valable que pendant la période qui est comprise entre la date de départ et la date de retour qui figurent sur le titre de voyage et, en tout état de cause, dans la limite maximum qui est indiquée dans l'application et avec un plafond maximum de quinze jours consécutifs.

En ce qui concerne la garantie d'annulation du voyage, on exclut les sinistres qui sont liés à des couvertures de services touristiques non achetés par le Contractant qui a émis l'application elle-même.

En ce qui concerne la garantie d'annulation de voyage, on exclut les sinistres qui sont liés à des couvertures de services qui ne font pas partie de la réservation du voyage.

Les garanties ne sont pas fournies dans l'Arctique et dans l'Antarctique et dans les pays en état de belligérance déclarés ou de fait, les pays figurant sur le site JCC Global Cargo se trouvant sur le site <https://watchlists.ihsmarkit.com> étant considérés comme tels qui, au moment de l'adhésion à la police d'assurance affichent un degré de risque égal ou supérieur à «4.0». Dans tous les cas, les pays dans lesquels l'état de belligérance a été rendu public sont considérés comme étant dans un état de belligérance déclaré ou de facto. Pour les personnes résidant à l'étranger, les garanties relatives aux frais médicaux et à l'assistance personnelle ne sont pas valables dans leur pays de résidence.

SECTION III - GARANTIES OFFERTES PAR L'ASSURANCE

La présente section est divisée en 11 sections principales (FRAIS MÉDICAUX - Indemnité journalière INDEMNITÉ DE CONVALESCENCE - ASSISTANCE À LA PERSONNE - BAGAGES - - ASSISTANCE AU VÉHICULE - *Accidents* - ASSISTANCE À DOMICILE - INTERRUPTION DE SÉJOUR POUR QUARANTAINE OU ISOLEMENT- *Assistance à domicile*) qui régissent les garanties faisant l'objet de la présente Assurance, y compris les prestations, les limites et les exclusions correspondantes. Les garanties sont valables et en application au cas où la prime correspondante a été payée.

CHAPITRE 1 - FRAIS MÉDICAUX

Art. 1.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Dans la limite des plafonds par Assuré équivalant à 5.000 € seront remboursés les frais médicaux constatés et documentés engagés par l'Assuré pour des soins ou interventions urgents et ne pouvant être différés à la suite d'un accident ou d'une maladie non préexistante qui s'est manifestée au cours de la période de validité de la garantie.

La garantie comprend:

- les frais d'hospitalisation dans un établissement de soins;
- les frais d'intervention chirurgicale et les honoraires médicaux à la suite de la maladie ou de l'accident;
- les frais des visites médicales ambulatoires, des diagnostics et des examens de laboratoire (à condition qu'ils soient pertinents par rapport à la maladie ou à l'accident déclaré) jusqu'à 1.500 € par assuré;
- les frais pour les médicaments prescrits par le médecin traitant sur place (à condition qu'ils soient pertinents par rapport à la maladie ou à l'accident déclaré); jusqu'à 1.000 € par assuré;
- les frais de soins dentaires d'urgence, uniquement suite à un accident, jusqu'à 200 € par assuré.
- les frais médicaux soutenus à bord d'un navire avec un plafond de 800,00 €;
- les frais de transport du lieu du sinistre jusqu'à l'établissement de soins le plus proche, jusqu'à 5.000,00 €.

En cas d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie indemnisable selon les conditions de la police d'assurance, la centrale opérationnelle, à la demande de l'Assuré, procédera au paiement direct des frais médicaux.

L'éventuel dépassement des plafonds prévus par la police, ainsi que les franchises correspondantes, restent dans tous les cas à la charge de l'Assuré qui devra procéder directement au paiement sur place.

Pour les montants supérieurs à 1.000 €, l'Assuré doit demander une autorisation préalable à la centrale opérationnelle.

En cas d'accident survenu pendant la période de validité de la police uniquement, les frais médicaux supportés dans les 30 jours à compter de la date de retour à son domicile de l'Assuré seront remboursés dans la limite supplémentaire de 1.000 €.

Art. 1.2 - FRANCHISE ET DÉCOUVERT

Aucune franchise ne sera appliquée.

Pour les sinistres dont le montant est supérieur à 1.000 €, en l'absence d'autorisation de la part de la centrale opérationnelle, un découvert correspondant à 25 % du montant à rembourser sera appliqué, avec un minimum de 50 €.

Il est entendu que, pour les montants supérieurs à 1.000 €, aucun remboursement ne sera dû dès lors que l'Assuré n'est pas en mesure d'apporter la preuve du paiement effectif des frais médicaux supportés par virement bancaire ou carte de crédit.

Art. 1.3 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPÉCIFIQUES POUR LA GARANTIE DES FRAIS MÉDICAUX

En plus des exclusions prévues par les dispositions générales des garanties, sont exclus les frais pour soins physiothérapeutiques, infirmiers, thermaux, amaigrissants et pour l'élimination de défauts physiques congénitaux, les frais liés aux lunettes, lentilles de contact, prothèses et appareils thérapeutiques, ainsi que les coûts liés à des interventions ou à des traitements de nature esthétique. L'assurance ne couvre pas les dépenses supportées pour les interruptions volontaires de grossesse, ainsi que pour les soins et les thérapies liés à la fertilité et/ou à la stérilité et/ou à l'impuissance.

Sont en outre exclus les frais apparaissant au cas où l'Assuré n'aurait pas déclaré l'hospitalisation à la Centrale Opérationnelle (y compris le « Day Hospital ») ou la prestation de secours d'urgence;

Au cas où l'assuré

La garantie Frais Médicaux est valable pendant un laps de temps ne dépassant pas un total de 110 jours d'hospitalisation. Il demeure entendu que dans l'un des cas prévus aux quatrième et cinquième alinéas de l'article 4.28, aucune autre demande portant sur les frais médicaux ne sera prise en considération par la Société.

CHAPITRE 2 - INDEMNITE JOURNALIERE D'HOSPITALISATION APRÈS UNE INFECTION PAR COVID- 19

Les garanties offertes sont valables à la suite d'une infection au COVID-19 diagnostiquée pendant le voyage, à condition que l'infection entraîne une hospitalisation.

Art. 2.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Aux termes des Conditions d'assurance, la Compagnie accorde une indemnité forfaitaire pour chaque jour d'hospitalisation dans un établissement de soins organisé en conséquence directe et exclusive de la contagion par le COVID-19 (dite Coronavirus) subie par l'Assuré, indépendamment des frais encourus, dans la mesure des services indiqués ci-dessous.

Si l'hospitalisation de l'Assuré dure plus de 5 jours, la Compagnie reconnaît pour chaque jour d'hospitalisation suivant (c'est-à-dire à partir du sixième jour d'hospitalisation) un montant équivalant à 100,00 € (cent/00) pour un nombre maximum de jours équivalant à 10. En conséquence de ce qui précède, la somme maximale payable par chaque Assuré pendant la validité de la police ne peut excéder un montant de 1.000,00 € (mille/00).

CHAPITRE 3 - INDEMNITÉ DE CONVALESCENCE

Les garanties offertes ne sont valables qu'à la suite d'une infection au COVID-19 diagnostiquée au cours du voyage, à condition que l'infection entraîne une hospitalisation consécutive en soins intensifs.

Art. 3.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société accorde à l'Assuré une indemnité de convalescence fixe et prédéterminée de 1 500,00 € au moment de la sortie de l'Assuré du centre hospitalier où il a été hospitalisé suite à l'infection par COVID-19. Ce service ne fonctionnera que si l'Assuré, au cours de l'hospitalisation précitée, a été hospitalisé dans une unité de soins intensifs, comme cela résulte du dossier médical, lequel qui doit être produit *intégralement* au moment de la déclaration de l'accident.

CHAPITRE 4 - ASSISTANCE À LA PERSONNE

Les prestations de service incluses dans la garantie Assistance à la personne sont offertes gratuitement.

Art. 4.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société s'engage, dans les limites convenues dans la police, à mettre immédiatement à la disposition de l'Assuré, à l'aide de personnel et d'équipements de la centrale opérationnelle, la prestation assurée si l'Assuré se trouvait en difficulté suite à la survenue d'une maladie, d'un accident ou d'un événement fortuit. L'aide peut consister en des prestations en espèces ou en nature.

Art. 4.2 - CONSEIL MÉDICAL PAR TÉLÉPHONE

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, il était nécessaire de vérifier l'état de santé de l'Assuré, la Société met à disposition le service médical de la centrale opérationnelle pour les contacts ou les examens nécessaires afin de répondre à la première urgence sanitaire.

Art. 4.3 - ENVOI D'UN MÉDECIN EN ITALIE EN CAS D'URGENCE

Si l'assuré, en voyage en Italie, a besoin d'un médecin et ne parvient pas à en trouver, la Société, par le biais de la centrale opérationnelle, met à la disposition de l'Assuré, pendant les heures nocturnes (de 20 heures à 8 heures) et 24 heures sur 24 le samedi et les jours fériés, son propre service médical de garde qui garantit la disponibilité de médecins généralistes prêts à intervenir au moment de la demande. En appelant la centrale opérationnelle et suite à un premier diagnostic établi par téléphone par le médecin interne de garde, la Société enverra le médecin demandé gratuitement.

En cas d'impossibilité à trouver immédiatement un médecin, et si les circonstances le rendent nécessaire, la Société organise, à ses frais, le transfert du patient aux urgences par ambulance.

Art. 4.4 - ENVOI D'UN PÉDIATRE EN CAS D'URGENCE

Si l'Assuré, lors de son séjour en Italie, a besoin d'un pédiatre et n'est pas en mesure de le trouver, la Compagnie avec son *centre opérationnel*, après un premier diagnostic téléphonique avec le médecin de garde, enverra gratuitement le pédiatre au domicile de l'Assuré.

La garantie n'est valable qu'une seule fois pendant la période de couverture.

Si un médecin n'est pas immédiatement disponible et si les circonstances l'imposent, la Société organise le transfert du patient aux urgences par ambulance.

Art. 4.5 - CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE EN CAS D'INFECTION PAR COVID-19

Le *centre opérationnel* offre, de 9h00 à 18h00, du lundi au vendredi, son propre personnel spécialisé dans les consultations psychologiques, afin que l'Assuré puisse bénéficier d'un premier accompagnement et des indications les plus appropriées concernant les modalités de gestion de sa détresse psychologique ou des membres du ménage.

La Prestation est valable uniquement en cas d'hospitalisation suite à une infection par COVID-19.

Art. 4.6 - DEUXIÈME AVIS EN CAS D'INFECTION PAR COVID-19

Le *centre opérationnel* assure son service de Service médical d'urgence 24h/24 afin que l'Assuré puisse transmettre une copie de son dossier médical et obtenir de la Compagnie, notamment avec le soutien de médecins spécialistes des structures affiliées, un deuxième avis à propos du diagnostic et des soins thérapeutiques engagés.

La Prestation est valable uniquement en cas d'hospitalisation suite à une infection par COVID-19.

Art. 4.7 - NUMÉRO D'URGENCE D'INFORMATION EN CAS D'INFECTION PAR COVID-19

La Société, avec son centre Opérationnel ouvert 24h/24 et suite à la demande de l'Assuré, communiquera par téléphone les numéros de téléphone communiqués par les Autorités pour la gestion des événements liés à la contagion de Covid-19 (dit Coronavirus) et pour les rapports y afférents.

Art. 4.8 - RECOMMANDATION D'UN MÉDECIN À L'ÉTRANGER

Si, sur avis médical (voir la prestation « Conseil médical par téléphone »), il s'avère nécessaire que l'Assuré se soumette à un examen médical, la centrale opérationnelle indiquera un médecin dans la zone où se trouve l'Assuré, de façon compatible avec les disponibilités locales.

Art. 4.9 - SUIVI DE L'HOSPITALISATION

Si l'Assuré est hospitalisé, le service médical de la centrale opérationnelle se tient à sa disposition, en tant que point de référence, pour les éventuelles communications et informations sur l'évolution clinique à transmettre aux membres de la famille de l'Assuré.

Art. 4.10 - TRANSPORT SANITAIRE ORGANISÉ

Suite à un accident ou une maladie de l'Assuré qui comporte une infirmité ou des lésions ne pouvant être traitées sur place ou qui empêchent la poursuite du voyage et/ou du séjour, et après avoir éventuellement consulté le médecin local et, si nécessaire/possible, le médecin de famille, le service médical de la centrale opérationnelle organisera - après avoir reçu la documentation médicale émise sur place confirmant la nature de la maladie - le transport ou le rapatriement sanitaire de l'Assuré. En fonction de la gravité du cas, l'Assuré sera transporté vers l'établissement hospitalier le plus approprié à son état de santé ou reconduit à son domicile.

Le transport sanitaire pourra être organisé avec les moyens suivants, à la discrétion du service médical de la centrale opérationnelle:

- avion sanitaire - avion de ligne - wagon-lit - couchette en 1ère classe - ambulance - autres moyens jugés appropriés.

Si les conditions le rendent nécessaire, le transport sera effectué avec l'accompagnement de personnel médical et/ou paramédical de la centrale opérationnelle.

Le rapatriement depuis des pays hors de l'Europe (à savoir tout pays en dehors de l'Europe continentale, y compris les terres, territoires et départements d'outre-mer), à l'exclusion de ceux du bassin méditerranéen, sera effectué exclusivement par avion de ligne. Les prestations ne sont pas dues si l'Assuré ou les membres de sa famille décident d'une sortie volontaire contre l'avis des médecins de la structure dans laquelle l'Assuré est hospitalisé.

Art. 4.11 - RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE OU DU COMPAGNON DE VOYAGE

En cas de transport sanitaire de l'Assuré, de transport de corps et de retour du convalescent, la centrale opérationnelle organisera et prendra en charge le retour (billet d'avion en classe touristique ou train 1ère classe) des membres de la famille dès lors qu'ils sont assurés ou d'un compagnon de voyage. Cette prestation est applicable si l'Assuré est dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

Art. 4.12 - TRANSPORT DU CORPS

En cas de décès de l'Assuré au cours de la période de validité de la garantie, la centrale opérationnelle organisera le transport du corps en effectuant les formalités nécessaires et **en prenant en charge les frais** nécessaires et indispensables (traitement post-mortem, documentation cercueil de transport) jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de résidence de l'Assuré. Sont dans tous les cas exclus de la garantie les frais de recherche, de funérailles, d'inhumation et de l'éventuelle récupération du corps.

Art. 4.13 - VOYAGE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation de l'Assuré supérieure à 5 jours, la centrale opérationnelle organisera et prendra en charge le voyage A/R (avion classe touristique ou 1ère classe en train), et les frais d'hébergement jusqu'à un montant de 100 € par jour et pour un maximum de 10 jours pour un membre de la famille.

La prestation ne sera fournie que si aucun autre membre majeur de la famille n'est présent sur place.

Art. 4.14 - ASSISTANCE AUX MINEURS

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assuré ne peut pas s'occuper de ses enfants mineurs voyageant avec lui, la centrale opérationnelle met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une autre personne désignée par l'Assuré ou éventuellement par le conjoint, un billet de train A/R en 1ère classe ou un billet d'avion en classe touristique pour rejoindre les mineurs et les raccompagner à leur domicile.

La prestation ne sera fournie que si aucun autre membre majeur de la famille n'est présent sur place.

Art. 4.15 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE DÉPLACEMENT D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE OU D'UN COMPAGNON DE VOYAGE EN CAS D'HOSPITALISATION

Le Centre Opérationnel s'occupera de faire organiser, au profit d'un membre de la famille de l'Assuré ou d'un compagnon de voyage, lui aussi assuré, le déplacement de l'hôtel vers l'établissement de soins, et vice versa, où l'Assuré est hospitalisé et la Société prendra en charge les frais de déplacement avec un plafond de dépenses de 300,00 €.

Art. 4.16 - RETOUR DU VOYAGEUR CONVALESCENT

Si l'état de santé de l'Assuré l'empêche de rentrer chez lui avec les moyens initialement prévus, la centrale opérationnelle organisera et la Société prendra en charge - sous réserve d'une réception des documents médicaux émis sur place attestant la nature de la maladie - les coûts du billet de retour (en avion classe touristique ou en train 1ère classe).

Cette prestation est applicable si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

Art. 4.17 - Prolongation du séjour

La centrale opérationnelle se chargera, pour l'Assuré, les membres de sa famille ou son compagnon de voyage, s'ils sont également assurés, de l'organisation logistique pour la nuitée en raison de la prolongation du séjour due à la maladie ou à l'accident de l'Assuré, sur présentation d'un certificat médical et la Société supportera les frais de nuitée jusqu'à un maximum de 10 jours, dans tous les cas dans la limite de 100 € par jour.

Art. 4.18 - ENVOI URGENT DE MÉDICAMENTS À L'ÉTRANGER

Dans la mesure du possible et dans le respect des règles régissant le transport des médicaments, et uniquement suite à un cas fortuit, un accident ou une maladie, la centrale opérationnelle procédera à la livraison des médicaments indispensables à la poursuite d'une thérapie en cours, si l'Assuré ne dispose pas de ces médicaments et qu'il lui est impossible de les obtenir sur place ou d'en obtenir l'équivalent. Dans tous les cas, le coût de ces médicaments restera à la charge de l'Assuré.

Art. 4.19 - INTERPRÈTE À DISPOSITION À L'ÉTRANGER

En cas de besoin suite à une hospitalisation à l'étranger ou à une procédure judiciaire contre l'Assuré pour comportement fautif à l'étranger, et uniquement dans les pays où des correspondants sont présents, la centrale opérationnelle organisera la recherche d'un interprète et la Société en assumera les coûts jusqu'à 1.000 €.

Art. 4.20 - AVANCE POUR DÉPENSES DE PREMIÈRE NÉCESSITÉ

Si l'Assuré doit faire face à des dépenses imprévues découlant d'événements d'une gravité exceptionnelle et reconnue, la centrale opérationnelle procédera au paiement «sur place» des factures ou à une avance monétaire à l'Assuré jusqu'à concurrence d'un montant de 8.000 €, sur présentation d'une garantie qui peut être fournie par un tiers du pays d'origine fournissant une couverture immédiate du prêt.

Art. 4.21 - RETOUR ANTICIPÉ

La centrale opérationnelle organisera, et la Société prendra en charge le coût du billet pour le retour anticipé (billet d'avion en classe touristique ou train 1ère classe) de l'Assuré à son domicile, à la suite du décès survenu ou d'un danger de mort imminent dans le pays de résidence exclusivement de l'un des membres de sa famille suivants: conjoint, fils/fille, frère/sœur, parent, beau-père/belle-mère, gendre, bru, grands-parents, oncles/tantes et neveux/nièces jusqu'au 3ème degré de parenté, beau-frère/belle-sœur.

La prestation est également valable pour les dommages matériels au domicile principal ou secondaire, au cabinet professionnel ou à la société de l'assuré qui rendent sa présence indispensable et urgente.

Dans le cas où l'Assuré doit abandonner son véhicule pour rentrer à l'avance, la Société mettra à la disposition de l'Assuré un billet d'avion ou de train pour aller récupérer son véhicule ultérieurement. Les prestations sont applicables si l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

Art. 4.22 - FRAIS TÉLÉPHONIQUES/TÉLÉGRAPHIQUES

La Société prendra en charge les éventuelles dépenses documentées rendues nécessaires pour contacter la centrale opérationnelle, jusqu'à concurrence de 100 €.

Art. 4.23 - TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si l'Assuré est dans l'impossibilité de faire parvenir des messages urgents à des personnes alors qu'il en a besoin, la centrale opérationnelle veillera à relayer ces messages.

Art. 4.24 - FRAIS DE SAUVETAGE, DE RECHERCHE ET DE RÉCUPÉRATION

En cas d'accident ou de maladie, les coûts de recherche et de sauvetage sont garantis jusqu'à concurrence d'un montant de 1.500 € par personne, à condition que les recherches soient effectuées par un organisme officiel.

Art. 4.25 - AVANCE POUR CAUTION PÉNALE À L'ÉTRANGER

La Société avancera à l'étranger, jusqu'à concurrence d'un montant de 25.000 €, une caution pénale imposée par l'autorité locale pour accorder la liberté provisoire de l'Assuré. Puisque ce montant ne représente qu'une avance, l'Assuré devra désigner une personne qui mettra simultanément à disposition le même montant sur un compte bancaire spécifique au nom de la Société. Dans le cas où la caution serait remboursée par les autorités locales, celle-ci doit être restituée immédiatement à la Société qui, à son tour, libérera la somme bloquée mentionnée ci-dessus. Cette garantie n'est pas valable pour des faits consécutifs au commerce et au trafic de drogues ou de stupéfiants, ainsi qu'à la participation de l'Assuré à des manifestations politiques.

Art. 4.26 - ANNULATION ET REMPLACEMENT DES CARTES DE CRÉDIT

En cas de vol, **vol** ou perte de cartes de crédit détenues par l'assuré pendant la durée de validité de la police, la Centrale Opérationnelle s'engage à prévenir les sociétés émettrices de ces cartes de crédit, dès lors que l'assuré notifie le vol ou la perte et est activée en même temps pour l'annulation et le remplacement desdites cartes de crédit, ainsi que pour la demande du duplicata, lorsque cela est possible.

Art. 4.27 - ACTIVATION DU SERVICE DE VIDEO ET DES JOURNAUX EN STREAMING EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation de l'Assuré pendant la période de couverture, le Centre Opérationnel s'activera et la Compagnie prendra en charge le coût des prestations suivantes en faveur de l'Assuré:

- un abonnement de streaming vidéo temporaire pour permettre la visualisation des programmes de divertissement via les appareils de l'Assuré;
- un abonnement temporaire à un journal en ligne choisi par l'Assuré.

Art. 4.28 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPÉCIFIQUES POUR LA GARANTIE ASSISTANCE À LA PERSONNE

Outre les exclusions prévues par les dispositions communes aux garanties, la Société ne rembourse pas les frais engagés par l'Assuré sans autorisation préalable de la centrale opérationnelle.

Si l'Assuré ne bénéficie pas d'une ou de plusieurs prestations, la Société n'est pas tenue de fournir des indemnités ou des prestations alternatives en guise de compensation.

La Société ne reconnaît pas de remboursements ni d'indemnités compensatoires pour les services organisés par d'autres compagnies d'assurance ou d'autres organismes ou qui n'ont pas été demandés au préalable à la centrale opérationnelle et organisés par ses soins. Le remboursement peut être reconnu (dans les limites prévues dans le présent contrat) dans le cas où la centrale opérationnelle, contactée au préalable, a autorisé l'assuré à gérer de façon autonome l'organisation de l'assistance: dans un tel cas, les justificatifs originaux des frais engagés par l'assuré devront être transmis à la centrale opérationnelle.

Au cas où l'Assuré refuserait volontairement le transport médical organisé/rapatriement médical (art. 4.10), la Société suspendra immédiatement ses services d'assistance et l'Assuré ne pourra plus - à quelque titre, pour quelque raison ou cause que ce soit - faire valoir de droits à l'égard de la Société.

Au cas où l'Assuré, en l'absence de toute instruction médicale dans ce sens, refuserait de manière unilatérale d'être transféré dans un établissement de soins indiqué par la Société, celle-ci suspendra immédiatement tout service d'assistance et l'Assuré ne pourra plus rien réclamer à la Société, à quelque titre et pour quelque raison ou cause que ce soit.

Sont également exclues les maladies infectieuses lorsque l'assistance n'est pas permise par les normes sanitaires internationales.

Art. 4.29 - RESPONSABILITÉS

La Société décline toute responsabilité pour les retards ou obstacles qui pourraient survenir au cours des opérations d'assistance dans le cas d'événements déjà exclus en vertu des conditions générales et particulières et suite à :

- dispositions des autorités locales interdisant l'intervention d'assistance prévue;
- toute circonstance fortuite ou imprévisible;
- cas de force majeure.

Art. 4.30 - RESTITUTION DES TITRES DE VOYAGE

L'Assuré est tenu de remettre à la Société les billets non utilisés après avoir bénéficié des prestations.

CHAPITRE 5 - BAGAGES

Art. 5.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société garantit dans la limite d'un plafond de 1.500,00 €:

- les bagages de l'Assuré contre les risques d'incendie, de vol, de vol à la tire, de vol avec violences ainsi que de perte et d'avaries, et de non-restitution par le transporteur.
- jusqu'aux plafonds précités, mais dans tous les cas avec une limite de 300 € par personne, le remboursement des frais de renouvellement/reproduction du passeport, de la carte d'identité et du permis de conduire pour véhicules à moteur et/ou d'un permis de navigation suite aux événements décrits ci-dessus;
- jusqu'aux plafonds précités, mais dans tous les cas avec une limite de 300 € par personne, le remboursement des frais documentés pour l'achat de vêtements de première nécessité et de produits d'usage personnel supportés par l'Assuré suite au vol de tous les bagages ou à la restitution des bagages par le transporteur plus de 12 heures après l'arrivée à destination de l'Assuré.

Art. 5.2 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPÉCIFIQUES POUR LA GARANTIE BAGAGES

Outre les exclusions prévues par les dispositions communes aux garanties, sont exclus de la garantie les dommages causés par:

- a) faute intentionnelle, faute grave, imprudence, négligence de l'Assuré, ainsi qu'oubli;
- b) emballage insuffisant ou inadapté, usure normale, défauts de fabrication et événements climatiques;
- c) ruptures et dommages aux bagages, à moins qu'ils ne soient la conséquence d'un vol, d'un vol avec violences, d'un vol à la tire ou qu'ils soient causés par le transporteur;
- d) vol des bagages contenus à l'intérieur du véhicule qui n'est pas verrouillé correctement, ainsi que le vol de bagages situés à bord de véhicules motorisés ou sur des porte-bagages extérieurs. Est en outre exclu le vol entre 20 heures et 7 heures si les bagages ne sont pas placés à bord d'un véhicule verrouillé dans un parking surveillé;
- e) argent, cartes de crédit, chèques, titres et collections, échantillons, documents, billets d'avion et tout autre document de voyage;
- f) bijoux, pierres précieuses, fourrures et tout autre objet précieux laissé sans surveillance;
- g) les biens achetés pendant la période de validité de la police sans justificatifs valables (facture, reçu, etc.);
- h) les biens, autres que les articles d'habillement et les valises, sacs et sacs à dos qui ont été remis à la société de transport, transporteur aérien compris;

Sans préjudice des sommes assurées et du plafond remboursable de 300 € par objet, le remboursement est limité à 50 % pour les bijoux, pierres précieuses, montres, fourrures et tout autre objet précieux, équipements photo-vidéo, appareils radio/TV et équipements électroniques.

Chaque élément des équipements photo-vidéo (objectifs, filtres, flash, batteries, etc.) est considéré comme un objet individuel.

Art. 5.3 - CRITÈRES DE DÉDOMMAGEMENT

Le remboursement aura lieu sur la base de la valeur à neuf dûment justifiée des biens (facture ou reçu) achetés neufs au cours des trois mois précédant le sinistre; dans le cas contraire, le remboursement tiendra compte de la dévaluation et de l'état d'usure.

Pour les biens achetés au cours de la période de validité de la présente police, le dédommagement éventuel ne sera versé que si l'Assuré est en mesure de présenter un justificatif d'achat officiel.

Art. 5.4 - OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

Sous risque de perdre le droit à l'indemnisation, l'Assuré est tenu de déposer plainte auprès de l'autorité compétente (capitaine du navire ou commissaire de bord), en se faisant remettre le document original. L'assuré est également tenu d'émettre au préalable une demande de dédommagement au transporteur et de fournir à la Société l'original de la lettre de réponse du transporteur. La Société remboursera l'Assuré uniquement après présentation de la documentation requise complète permettant l'évaluation du sinistre.

CHAPITRE 6 - ANNULATION DU BILLET

Art. 6.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société indemniserà, selon les conditions figurant dans la présente police, l'Assuré et un seul compagnon de voyage, à condition qu'il soit assuré et inscrit pour le même voyage, du montant du désistement résultant de l'annulation des services touristiques, établi conformément aux Conditions Générales du contrat, qui serait la conséquence de circonstances imprévisibles au moment de la réservation du voyage ou des services touristiques, naissant de:

- tout événement imprévisible, pouvant faire l'objet de preuves objectives, indépendant de la volonté de l'Assuré et d'une gravité telle qu'il empêche l'Assuré de pouvoir entreprendre le voyage;
- la nécessité objective et impérative de fournir des soins aux membres de la famille malades ou blessés.

En cas de sinistre impliquant plusieurs Assurés inscrits pour le même voyage, la Société remboursera tous les membres de la famille ayants droit et un seul des compagnons de voyage, à condition qu'ils soient eux aussi assurés.

L'impossibilité d'entreprendre le voyage est considérée comme comprise dans la garantie:

- au cas où un compagnon de voyage assuré et inscrit pour le même voyage aurait annulé le voyage en raison d'une contagion par le Covid-19 officiellement établie;
- dans le cas d'une infection avérée par le Covid 19 d'un des membres de la famille de l'Assuré.

On considère comme faisant également partie de la garantie les annulations de la part des Assurés qui découleraient d'actes terroristes étant survenus après la signature du contrat d'assurance et dans les 30 jours précédant la date de départ du voyage, à condition que ces actes aient dans tous les cas lieu dans un rayon de 100 km du lieu où le séjour résultant de la réservation du voyage assuré a été prévu.

Art. 6.2 - PLAFOND

L'assurance est fournie jusqu'à concurrence du coût total du voyage dans la limite du plafond par Assuré tel qu'il figure dans la fiche de police (à savoir 5.000,00 €) et avec une limite de 50.000 € par événement (c'est-à-dire un fait qui concerne une ou plusieurs personnes objectivement liées par l'achat du même voyage réservé par le Contractant). On considère comme inclus, à condition qu'ils aient été insérés dans le coût global du voyage assuré, les frais de gestion pratique, les adaptations carburant qui étaient déjà prévues au moment où la police a été émise (à condition que cela résulte de l'extrait de compte de réservation) ainsi que le coût des visas.

Art. 6.3 - CRITÈRES D'INDEMNISATION

L'Assuré, ou toute personne agissant en son nom, est tenu, dans les 24 heures du jour qui suit le jour de l'événement (on entend par cela la manifestation des causes qui provoquent l'annulation du voyage), de faire une déclaration immédiate par téléphone, en contactant le numéro gratuit 800.894124 ou le numéro 039/9890.703, actif 24 heures sur 24 ou de procéder à la Déclaration en ligne à l'aide du site web www.nobis.it, section « Déclaration en ligne », en suivant les instructions correspondantes.

L'Assuré est également tenu de communiquer l'annulation du voyage ou des services touristiques achetés au Voyageur organisateur et/ou à l'Agence de voyages où la réservation a été effectuée.

Au cas où l'Assuré se trouverait dans l'obligation de renoncer au voyage pour cause de maladie ou d'accident, sans hospitalisation, la Centrale opérationnelle veillera, avec le consentement de l'Assuré, à envoyer gratuitement son propre médecin de confiance afin de certifier que les conditions de l'Assuré sont telles qu'elles l'empêchent de participer au voyage et afin de permettre l'ouverture du sinistre par le biais de la délivrance de la part du médecin du certificat prévu à cet effet. La Société, en réponse à la demande susmentionnée de l'Assuré, se réserve éventuellement le droit de ne pas envoyer son médecin de confiance; dans un tel cas, l'ouverture du sinistre sera effectuée directement par le médecin de la Centrale Opérationnelle.

L'Assuré doit permettre à la Société de procéder aux enquêtes et aux vérifications qui sont nécessaires en vue de l'établissement du sinistre, de même qu'il doit produire à celle-ci toute la documentation relative au cas spécifique, en exonérant à cet effet les Médecins qui l'ont examiné et traité et qui ont été éventuellement chargés de l'examen du sinistre lui-même de leur obligation au secret professionnel.

Le non-respect des obligations susmentionnées et/ou si le mandataire de la société vérifie que les conditions de l'assuré ne sont pas de nature à empêcher son départ et/ou en cas de non-production par l'assuré des documents nécessaires pour que la société puisse procéder à une évaluation correcte de la demande de remboursement peut entraîner la perte totale ou partielle du droit au remboursement.

IMPORTANT: L'indemnité revenant à l'Assuré est équivalente au montant de la révocation (c'est-à-dire la sanction prévue dans le contrat de voyage, en cas d'annulation), calculé à la date à laquelle l'événement est survenu, donc à l'apparition des circonstances qui ont provoqué l'impossibilité d'entreprendre le voyage. Toute pénalité supplémentaire facturée par le Contractant suite à une signalisation tardive de l'annulation du billet au Contractant et/ou à l'agence de voyages restera à la charge de l'Assuré.

Art. 6.4 - ENGAGEMENTS DE LA SOCIÉTÉ

La Société, au cas où l'Assuré déclarerait le sinistre par téléphone avant minuit du jour qui suit le jour de l'événement, s'engage à liquider le sinistre dans les 45 jours qui suivent la date de déclaration, à condition que la documentation complète arrive avant le 15ème jour qui suit la date de la déclaration elle-même.

Si, pour des raisons qui seraient imputables à Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., le paiement susmentionné devait avoir lieu après 45 jours, l'Assuré aura droit aux intérêts légaux (composés), calculés sur le montant à payer.

L'engagement que prend la Société d'ouvrir, de gérer et de payer éventuellement le sinistre qui s'inscrit dans le cadre de la présente garantie sera dénué de tout effet au cas où l'Assuré ferait l'objet d'une mesure de confinement (dite lock down) ordonnée par les Autorités (notamment les autorités sanitaires) et qui serait relative au lieu de domicile et/ou de départ et/ou de transit et/ou de destination du voyage choisi. Ladite clause ne s'appliquera pas au cas où l'Assuré, bien qu'il soit soumis à de telles mesures de confinement, apporte la preuve, grâce à une documentation médicale appropriée (à savoir des dossiers médicaux et/ou des rapports de diagnostic par instruments et des rapports de laboratoire) de sa propre maladie.

Art. 6.5 - DROIT DE REPRISE À SON COMPTE

Pour chaque annulation de voyage, qui serait soumise à un montant de retrait dépassant 50 %, l'Assuré reconnaît expressément que la propriété et tous les droits qui y sont liés sont considérés comme étant transférés à la Société, laquelle pourra en disposer librement sur le marché, en s'appropriant définitivement et sans possibilité de demande d'indemnisation de la part de l'Assuré, des éventuels montants qui pourraient en découler.

CHAPITRE 7 - ACCIDENTS

Art. 7.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société payera les indemnités correspondant aux montants maximums assurés indiqués dans la fiche de police (à savoir 30.000,00 €) au cas où l'Assuré devrait subir, pendant la période de validité de la garantie, des dommages découlant des conséquences directes, exclusives et objectivement vérifiables de l'accident et qui, dans un délai d'un an, provoquent:

- le décès;
- une invalidité permanente.

La garantie est également considérée comme valable pour les accidents résultant d'une agression ou d'actes violents dont le mobile serait politique ou social, comme par exemple, les attentats, la piraterie, le sabotage, le terrorisme, pour autant qu'ils ne soient pas la conséquence d'une guerre, même non déclarée, d'une insurrection ou d'émeutes populaires.

Art. 7.2 - LIMITE D'ÂGE

L'assurance ne s'applique pas aux personnes qui sont âgées de 75 ans révolus au moment de l'accident.

Art. 7.3 - SOMMES ASSURÉES ET CUMUL

Les sommes assurées par Assuré sont celle qui figurent dans la fiche de police (à savoir 30.000,00 €). Les garanties fournies sont:

- cas de décès;
- cas d'invalidité permanente;

les deux indemnités ne sont pas susceptibles d'être cumulées; en particulier, au cas où, à la suite d'un accident, la Société verserait une indemnité pour invalidité permanente et au cas où, par la suite, surviendrait le décès de l'Assuré, imputable à la même cause que celle qui a provoqué le premier versement, l'indemnité complémentaire couvrira la différence jusqu'à concurrence du montant maximum assuré.

Il demeure convenu qu'en cas d'événement qui affecterait plusieurs assurés auprès de la Société, les dédommagements maximums de la part de cette dernière ne pourront pas dépasser un montant de 300.000,00 € par police et par événement. Au cas où les capitaux globalement assurés dépasseraient les limites susmentionnées, les indemnités dues à chaque assuré sont réduites proportionnellement.

Art. 7.4 - DÉCLARATION DU SINISTRE ET OBLIGATIONS CORRESPONDANTES

Le sinistre doit être déclaré par le Contractant ou par l'Assuré à la Société, dès que celui-ci en a la possibilité, en contactant par téléphone la Centrale Opérationnelle.

L'Assuré est en tout cas tenu d'envoyer par écrit une déclaration à l'Intermédiaire auquel la police est confiée ou à la Société, dans les cinq jours qui suivent le moment où il en a eu connaissance, conformément à l'article 1913 du Code civil italien. La déclaration de sinistre doit être accompagnée d'un certificat médical et doit contenir une indication du lieu, du jour et de l'heure de l'événement, ainsi qu'une description détaillée de la manière dont il s'est produit. L'évolution des blessures doit être prouvée par des certificats médicaux supplémentaires. L'Assuré ou, en cas de décès, les bénéficiaires indiqués, doivent permettre à la Société de procéder aux enquêtes, évaluations et vérifications qui s'imposent.

Art. 7.5 - RENONCIATION AU DROIT DE SUBROGATION

La Société renonce, en faveur de l'Assuré et de ses ayants droit, au droit de subrogation prévu par l'art. 1916 du Code civil italien, aux tiers responsables de l'accident.

Art. 7.6 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPÉCIFIQUES DE LA COUVERTURE DES ACCIDENTS

En plus des exclusions qui sont prévus par les Conditions générales, la couverture ne s'applique pas aux accidents résultant de:

- a) la conduite de véhicules ou d'embarcations qui ne sont pas destinés à un usage privé et pour lesquels l'Assuré ne possède pas les qualifications requises;**
- b) la conduite ou l'utilisation, même en tant que passager, de moyens de locomotion sous-marins.**

Art. 7.7 - CRITÈRES D'INDEMNISATION

En cas de décès:

Au cas où se produirait un accident indemnisable selon les termes de la police, la Société verse la somme assurée aux bénéficiaires désignés indiqués dans la fiche de police ou, à défaut de désignation, aux héritiers testamentaires ou légitimes. Le paiement de la somme assurée aura lieu à condition que le décès survienne dans l'année qui suit le jour de l'accident, même s'il survient après l'expiration de la police.

Décès présumé:

si le corps de l'Assuré devait ne pas être retrouvé et que les autorités compétentes en aurait déclaré le décès présumé, la Société verse la somme assurée telle qu'elle est prévue en cas de décès.

Invalidité permanente:

en cas d'accident donnant droit à une indemnisation au titre de la police, la Société verse un pourcentage de la somme maximum assurée pour invalidité permanente proportionnellement au degré d'invalidité permanente constaté selon les critères du tableau des pourcentages d'invalidité se trouvant en annexe du Décret Présidentiel Italien 30-6-1965 n° 1124 et ses amendements ultérieurs, concernant le secteur « Industrie », avec renonciation de la part de la Société à l'application de la franchise qui y est prévue et étant entendu que le capital sera liquidé en lieu et place de la rente.

Art. 7.8 - FRANCHISE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

L'indemnité pour invalidité permanente est due exclusivement dans le cas où le degré d'invalidité permanente dépasse 5 points de pourcentage de l'invalidité permanente totale; dans ce cas, l'indemnité n'est versée que pour le pourcentage d'invalidité permanente dépassant 10 points de pourcentage. Il demeure entendu que pour les pourcentages d'invalidité permanente supérieurs à 65 %, la franchise ne sera pas appliquée.

CHAPITRE 8 - ASSISTANCE AU VÉHICULE

Les prestations suivantes sont considérées comme étant en application lors du déplacement de l'Assuré pour se rendre de son domicile à la gare de départ du voyage (chemin de fer, mer, aéroport) ou à la localité réservée et vice versa, à condition qu'elle se trouve dans des pays de l'Union européenne.

Art. 8.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société organisera et gèrera par le biais de la centrale opérationnelle les services mentionnés à l'article 8.2 ci-dessous, prévus en cas de panne ou d'accident touchant le véhicule, étant établi que tous les coûts découlant de la réparation du véhicule (en raison d'une panne et/ou d'un accident, d'un vol) seront toujours dans tous les cas à la charge de l'Assuré.

Art. 8.2 - SECOURS ROUTIER ET REMORQUAGE

Si le véhicule est immobilisé suite à une panne ou à un accident, la centrale opérationnelle envoie, 24 heures sur 24, le véhicule de secours à l'endroit de l'immobilisation, et la Société en supportera les coûts correspondants, pour remorquer la voiture au centre d'assistance du fabricant ou au garage le plus proche, ou pour réaliser éventuellement de petites interventions sur place qui permettront au véhicule de reprendre la route de manière autonome. Les coûts des pièces de rechange éventuellement utilisées pour effectuer les petites interventions sur place et tout autre frais de réparation sont à la charge de l'Assuré.

En outre, le coût de l'intervention de secours sera à la charge de l'Assuré si la panne ou l'accident se produisent en dehors du réseau routier public ou des zones équivalentes (parcours en circuit ou hors route).

Si le véhicule est immobilisé sur autoroute, l'Assuré devra faire intervenir un véhicule de secours autorisé, puis en informer la centrale opérationnelle par téléphone. Cette communication est obligatoire pour obtenir le remboursement de la prestation de secours, de la part de la centrale opérationnelle au moment de la réception du reçu délivré par le dépanneur autorisé.

Art. 8.3 - ENVOI DE PIÈCES DE RECHANGE

La centrale opérationnelle procédera à la recherche et à l'envoi des pièces de rechange nécessaires à la réparation du véhicule, si elles ne sont pas disponibles à l'endroit de la panne ou de l'accident. En cas d'envoi par avion, les pièces de rechange seront envoyées à l'aéroport le plus proche de l'endroit où se trouve le véhicule. Dans tous les cas, le prix d'achat des pièces de rechange et les frais de douane seront à la charge de l'Assuré.

Art. 8.4 - RETOUR AU DOMICILE ET/OU ABANDON DU VÉHICULE

La centrale opérationnelle organisera le retour au domicile de l'Assuré, du véhicule suite à une panne, un accident, retrouvé après un vol si plus de 5 jours ouvrables sont nécessaires pour les réparations, le tout dans la limite de frais pour la Société équivalant à la valeur du véhicule après le sinistre. Seront à la charge de la Société les frais de garde du véhicule à partir du moment du sinistre et jusqu'à son retour, avec un maximum de 50 €. Si les dépenses prévues pour les réparations ne sont pas rentables ou en tout cas supérieures à la valeur du véhicule après le sinistre, la garantie ne sera pas applicable et la Société se limitera à couvrir les frais d'abandon légal.

Art. 8.5 - POURSUITE DU VOYAGE - VOITURE DE REMPLACEMENT

Si le véhicule devait être indisponible pour cause de panne, d'accident, retrouvé après un vol, pour une période supérieure à 3 jours ouvrables pour les réparations nécessaires, la centrale opérationnelle mettra à disposition de l'Assuré et des autres passagers un titre de transport (avion en classe touristique ou train en première classe) ou, en alternative, une voiture de location du groupe C, selon les horaires d'ouverture des stations de location de voiture, sans chauffeur pour un maximum de 2 jours avec kilométrage illimité pour se rendre au lieu de destination. Sont exclus les frais de carburant, les assurances non obligatoires et les éventuelles franchises.

Art. 8.6 - RETOUR DE L'ASSURÉ ET DES AUTRES PASSAGERS

Si l'Assuré n'a pas bénéficié des prestations visées à l'article 8.5 ci-dessus, la centrale opérationnelle mettra à disposition de l'Assuré et des autres passagers un titre de transport pour le retour au domicile (avion en classe touristique ou train en première classe) ou, en alternative, une voiture de location du groupe C, selon les horaires d'ouverture des agences de location de voiture, sans chauffeur pour un maximum de 2 jours avec kilométrage illimité pour se rendre au domicile. Sont exclus les frais de carburant, les assurances non obligatoires et les éventuelles franchises.

Art. 8.7 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE RÉCUPÉRATION DU VÉHICULE

Si l'Assuré n'est pas en mesure de rentrer à son domicile avec le véhicule touché par la panne ou l'accident, suite à l'un des événements visés aux articles 8.4, 8.5, 8.6, la centrale opérationnelle mettra à sa disposition, une fois les réparations effectuées, un titre de transport en aller simple pour permettre à l'Assuré de se rendre à l'endroit où se trouve le véhicule pour le récupérer.

Art. 8.8 - FRAIS D'HÔTEL

Si le véhicule est immobilisé suite à une panne ou un accident et que la réparation ne peut avoir lieu que le lendemain, ou qu'il a été volé, obligeant les passagers qui sont loin de leur domicile à un arrêt forcé, la Société prendra en charge le séjour à l'hôtel pour tous les occupants du véhicule pour une nuitée et un petit déjeuner jusqu'à un maximum de 100 € par personne. Les frais autres que ceux mentionnés ci-dessus restent à la charge de l'Assuré.

Art. 8.9 - CONDUCTEUR

La centrale opérationnelle mettra à disposition un conducteur pour remplacer l'Assuré malade ou accidenté, à condition qu'il n'y ait pas d'autre passager à bord détenteur du permis de conduire. Le conducteur est mis à disposition pour un maximum de trois jours pour conduire dans les plus brefs délais le véhicule de l'Assuré à la première destination prévue du voyage ou au domicile de l'Assuré.

Art. 8.10 - AVANCE DE CAUTION PÉNALE

En cas d'accident de la route du véhicule assisté, la centrale opérationnelle pourra anticiper le montant de la caution pour la libération provisoire du conducteur à concurrence de 5.000 € moyennant des garanties bancaires jugées satisfaisantes par la centrale opérationnelle. Dans le cas où le conducteur serait retenu par l'autorité judiciaire suite à une condamnation, le montant anticipé, en l'absence de comparution ou pour tout autre cas, devra être remboursé à la centrale opérationnelle dans les 2 mois suivant l'avance.

Art. 8.12 - EXCLUSIONS

en plus des exclusions indiquées dans les conditions générales, sont exclus:

- a) les véhicules immatriculés pour la première fois depuis plus de 8 ans;
- b) les véhicules de plus de 3,5 tonnes;
- c) les véhicules non terrestres et non immatriculés officiellement;
- d) les véhicules loués ou destinés au transport public;
- e) **les sinistres ayant eu lieu dans des pays n'appartenant pas à l'Union européenne.**

CHAPITRE 9 - ASSISTANCE À DOMICILE NON APPLICABLE

CHAPITRE 10 - INTERRUPTION DE SÉJOUR POUR QUARANTAINE OU ISOLEMENT

Art. 10.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Si, à la suite d'une mesure d'isolement du domicile de l'Assuré imposée par les autorités compétentes pour la mise en quarantaine ou d'isolement pendant son séjour dans un lieu d'hébergement réservé et pour lequel le billet a été acheté, la Compagnie rembourse:

- les pénalités facturées pour le séjour non utilisé avec une limite de 1.500,00 € par Assuré;
- Tous frais d'hôtel/d'hébergement pris en charge par l'Assuré pour la période de quarantaine avec une limite de 100,00 € par jour pour un maximum de 14 jours, si ladite quarantaine ne peut avoir lieu au domicile de l'Assuré (Établissement d'hébergement réservé pour le salon);
- **les frais liés à la modification ou à la réémission des billets (titres de voyage) initialement achetés pour le retour à son domicile, jusqu'à un maximum de 1.000,00 € par Assuré et déduction faite de tout remboursement ayant été reçu de la part du transporteur;**

Art. 10.2 - EXCLUSIONS

Outre les exclusions prévues par les normes communes, les éléments suivants sont considérés comme exclus de la garantie:

- séjours vers des destinations avec des mesures restrictives déjà en vigueur à la date de départ du voyage réservé;
- violations de la réglementation et/ou des dispositions en vigueur à la date de départ du voyage réservé;
- dol ou négligence grave de l'Assuré ou du Contractant;
- problèmes liés aux documents d'identité et/ou documents de voyage, visas et tout documentation imposée par les normes en vigueur.

Art. 10.3 - RÉCUPÉRATION

L'assuré et le contractant s'engagent à payer à la compagnie d'assurance tout montant restitué par les prestataires et/ou entités touristiques et les frais non engagés en relation avec les événements couverts par la police.

CHAPITRE 11 - ASSISTANCE À DOMICILE NON APPLICABLE

SECTION IV - QUE FAIRE POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT

Pour toute information, vous pouvez contacter le numéro **+39 039 9890.018** actif du lundi au jeudi de 10h00 à 17h00 et le vendredi de 10h00 à 14h00.

Exclusivement pour obtenir des **services d'assistance personnelle (voir Section 2)**, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant:

+ 39/039/9890.702

La compagnie se réserve le droit d'envoyer son fiduciaire certifier que les conditions de l'assuré sont telles qu'elles empêchent le départ. Le non-respect des obligations susmentionnées et/ou si le mandataire de la société vérifie que les conditions de l'assuré ne sont pas de nature à empêcher son départ et/ou en cas de non-production par l'assuré des documents nécessaires pour que la société puisse faire une évaluation correcte de la demande de remboursement peut entraîner la perte totale ou partielle du droit au remboursement. Selon les règles générales et celles qui régissent chaque prestation, vous devez préciser clairement les dommages subis et, afin d'accélérer les délais de remboursement, vous devez joindre à la déclaration de sinistre la documentation indiquée pour chaque prestation d'assurance et résumée ci-dessous:

EN CAS D'ASSISTANCE À LA PERSONNE

- certificat de premiers secours établi sur le lieu du sinistre qui indique la maladie, les prescriptions, le pronostic et le diagnostic médical et qui certifie le type et les modalités de la maladie et/ou de l'accident subi;
- billet de bateau.

EN CAS DE FRAIS MÉDICAUX

- certificat de premiers secours établi sur le lieu du sinistre qui indique la maladie, les prescriptions, le pronostic et le diagnostic médical et qui certifie le type et les modalités de la maladie et/ou de l'accident subi;
- en cas d'hospitalisation, une copie complète du dossier médical;
- prescription médicale et originaux des notes, factures, reçus pour les frais supportés;
- prescription médicale pour tout achat de médicaments avec les reçus originaux des médicaments achetés.
- Billet de bateau.

EN CAS DE DOMMAGES AUX BAGAGES

- déclaration portant le cachet de l'autorité de police du lieu où l'événement s'est produit, précisant les circonstances du sinistre et la liste des objets volés, leur valeur et la date d'achat;
- réclamation présentée au transporteur ou à l'hôtelier éventuellement responsable;
- lettre de réclamation envoyée au transporteur aérien avec une demande d'indemnisation et lettre de réponse du transporteur;
- factures, reçus des biens achetés ou perdus (sans ces éléments, liste, date, lieu d'achat et leur valeur);
- justificatifs des frais de renouvellement des documents d'identité le cas échéant;
- factures de réparation ou déclaration d'impossibilité de réparer les biens endommagés rédigée sur papier à en-tête par un concessionnaire ou un spécialiste du secteur.
- billet de bateau.

EN CAS D'ANNULATION DU VOYAGE

- en cas de maladie ou d'accident, un certificat médical attestant de la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie, le diagnostic déterminé et la durée estimée;
- en cas d'hospitalisation, une copie du dossier médical;
- en cas de décès, le certificat de décès;
- en cas d'accident du moyen de transport, une copie du constat amiable d'accident et/ou du procès-verbal des agents de police;
- copie du billet;
- relevé du compte de réservation et de pénalité émis par le Contractant;
- reçus (acompte, solde, pénalité) de paiement du voyage;

EN CAS D'ACCIDENT

- lieu, date, heure et cause du sinistre;
- causes qui en sont à l'origine;
- certificats médicaux;
- le cas échéant, les procès-verbaux des autorités qui sont intervenues;
- l'évolution de la lésion devra être attestée par des documents médicaux supplémentaires, jusqu'à la guérison complète ou la stabilisation des conséquences dues à l'accident. La Société se réserve le droit de demander tout autre document nécessaire à une évaluation correcte de la demande de remboursement.

NOTE IMPORTANTE

- Vous devez toujours fournir à la Société les originaux des factures de réparation ainsi que les originaux de toutes les dépenses engagées à la suite du sinistre.

La Société se réserve le droit de demander tout autre document nécessaire afin de procéder à une évaluation correcte du sinistre déclaré. **L'absence de production des documents énumérés ci-dessus relatifs au cas particulier peut conduire à la nullité totale ou partielle du droit au remboursement.**

- Il est nécessaire de communiquer à la Société toute modification du risque qui pourrait intervenir suite à la signature du contrat.

Rappelez-vous que le droit à l'indemnisation est échu deux ans après la dernière demande écrite concernant le sinistre, parvenue à la Société (art. 2952 Code civil italien).

Important !

Dans tous les cas de sinistre, avec la documentation, l'assuré envoie à la société les références du compte courant sur lequel il souhaite que soit crédité le remboursement ou l'indemnisation (numéro de compte courant, banque, adresse, numéro d'agence, codes ABI, CAB et CIN).

Pour toute réclamation, veuillez écrire à:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio reclami (Bureau des réclamations)
Centro Direzionale Colleoni
Via Gian Bartolomeo Colleoni 21 - Bureau des réclamations - 20864 AGRATE BRIANZA (MB) - reclami@nobis.it

en l'absence de réponse, écrire à:

IVASS – Service de protection des utilisateurs
Via del Quirinale, 21
00187 ROME (RM)

NOTES D'INFORMATION FOURNIE CONFORMÉMENT AU CHAPITRE III, SECTION 2, DU RÈGLEMENT 2016/679 DE L'UE (RGPD) CONCERNANT LE TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à l'article 13 du règlement européen 2016/679 (RGPD), relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (ci-après également dénommée la « Compagnie »), Responsable du traitement des données à caractère personnel, communique les informations aux personnes concernées fournissant leurs données à caractère personnel au cours de la relation contractuelle et entend traiter ces données dans le cadre des activités exercées par la Compagnie.

1. Responsable du traitement

Le Responsable du traitement des données à caractère personnel visées dans la présente note d'information est Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., ayant son siège social via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO).

2. Type de données collectées

Les données collectées sont des données à caractère personnel concernant des personnes physiques identifiées ou identifiables telles qu'elles sont visées à l'article 4, paragraphe 1 du RGPD et les données des catégories particulières visées à l'article 9, paragraphe 1 du RGPD.

3. Finalités

Les données sont collectées pour des finalités liées aux activités exercées par la Compagnie, comme suit:

- finalités liées aux traitements concernant l'émission et la gestion des contrats d'assurance stipulés avec la Compagnie, à la gestion des obligations relatives au dossier d'indemnisation des dommages, à l'exécution de demandes spécifiques de la personne concernée. La remise des données est nécessaire pour la poursuite des finalités qui sont strictement liées à l'exécution des traitements susmentionnés. Le refus de la personne concernée est susceptible d'impliquer l'impossibilité pour la Compagnie de réaliser la prestation demandée (nature de l'apport *Obligatoire*, base juridique *Contractuelle*);
- Finalités liées aux obligations imposées par les lois, règlements et dispositions des Autorités, par la législation communautaire. La remise de la part de la personne concernée ou de la part de tiers, des données nécessaires à la poursuite de ces objectifs est obligatoire. Tout refus rendra impossible la mise en place ou la poursuite de la relation contractuelle à laquelle ces informations se réfèrent (nature de la remise *Obligatoire*, base juridique *légale*);
- finalités liées aux activités des services après-vente, visant à évaluer le degré de satisfaction des utilisateurs ou des personnes ayant subi des dommages et pour l'analyse et les études de marché pourtant sur les services offerts. Tout refus aurait pour effet d'empêcher la Compagnie d'obtenir un retour d'information utile en vue de l'amélioration des activités faisant l'objet du traitement mais n'aurait pas de conséquences sur l'exécution des dossiers déjà en cours (nature de la contribution *Volontaire*, base juridique *Consensuelle*);
- finalités liées aux activités commerciales de promotion des services et produits d'assurance offerts par la Compagnie et par le Groupe Nobis, telles que l'envoi de matériel publicitaire et de communications commerciales en ayant recours à des moyens de communication traditionnels (comme le courrier imprimé et les appels avec intervention d'un opérateur), à des moyens automatisés (tels que les appels sans l'intervention d'un opérateur, le courrier électronique, la télécopie, les MMS, les SMS, etc.), de même que par le biais de l'introduction de messages publicitaires et de promotion dans la partie du site Web de la Compagnie qui est réservée à ses clients, tel que cela est prévu par l'article 38 bis du règlement l'ass 35/2010, ainsi que ses amendements ultérieurs. Un refus éventuel empêcherait la Compagnie de pouvoir promouvoir et fournir des informations qui sont utiles pour la personne concernée mais n'aurait pas de conséquences sur le traitement des dossiers en cours (nature de la remise *Volontaire*, base juridique *Consensuelle*).

4. Modalités de traitement

Les données sont traitées conformément aux principes d'exactitude, de licéité et de transparence.

La Compagnie garantit la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des données à caractère personnel ayant été collectées, la non-visibilité et la non-accessibilité au départ de toute zone à accès public.

Le traitement est effectué sous forme automatisée et/ou manuelle, par les soins de personnes ayant été spécifiquement désignées, dans le respect de la sécurité du traitement telle que celle-ci est prévue par l'article 32 du RGPD.

La Compagnie adopte des mesures organisationnelles et techniques appropriées pour que cette politique soit suivie au sein de l'entreprise, en vue de protéger les données à caractère personnel ayant été collectées.

Le traitement et le stockage des données seront effectués en Italie. Sur une demande expresse de la personne concernée, les données à caractère personnel traitées pourraient être transmises à des personnes juridiques étrangères participant au traitement des dossiers, sans préjuger d'éventuelles interdictions imposées par des normes légales impératives, de lacunes manifestes de la part du sujet destinataire en ce qui concerne les mesures de sécurité visant à protéger la confidentialité des informations transmises ou d'instructions particulières émanant des autorités.

5. Profilage

La Compagnie n'exerce pas d'activités de profilage en utilisant les données à caractère personnel collectées dans le cadre des objectifs énoncés au paragraphe 3.

6. Communication et diffusion des données

Les données à caractère personnel traitées aux fins susmentionnées peuvent être communiquées aux catégories de personnes suivantes:

- les personnes faisant partie de la Compagnie qui sont chargées des traitements susmentionnés;
 - les personnes ne faisant pas partie de la Compagnie mais apportant une assistance en vue du traitement, telles que les médecins et les organismes de santé, les experts, les ateliers et les carrosseries, ainsi que les personnes faisant partie du réseau de distribution de la Compagnie;
 - d'autres fonctions de la société ou des personnes qui sont extérieures à celle-ci et qui présentent une nature instrumentale ou accessoire, telles que des sociétés en consortiums propres au secteur des assurances, des banques et des sociétés financières, des réassureurs, des co-assureurs, des sociétés chargées de la remise de la correspondance, des personnes chargées d'activités de consultation et d'assistance en matière fiscale, financière, légale, informatique, de conservation des données, d'audit comptable et de certification des états financiers
 - les personnes désignées par les Autorités de surveillance pour collecter les données des polices à des fins statistiques, de lutte contre la fraude, le blanchiment d'argent et le terrorisme.
 - les sociétés mères et/ou les sociétés associées de la Compagnie;
 - les autorités de contrôle, de surveillance et de sécurité publique.
- Aucune forme de diffusion des données collectées n'est envisagée.

7. Période de conservation

Les données à caractère personnel ayant été collectées sont introduites dans la base de données de la société et sont conservées pendant le laps de temps autorisé, ou imposé, par les normes légales en vigueur en ce qui concerne la gestion du rapport contractuel et pendant le laps de temps nécessaire pour garantir la protection légale, à vous-même et au Responsable, laps de temps à l'issue duquel elles seront supprimées ou rendues anonymes dans les délais prévus par les normes légales.

Si la personne concernée devait retirer son consentement en vue du traitement spécifique, les données seront supprimées ou rendues anonymes dans les 30 jours ouvrables suivant la réception du retrait.

8. Droits de la personne concernée

La personne concernée peut faire valoir les droits qui sont prévus par l'article 15 (droit d'accès de la personne concernée), par l'article 16 (droit de rectification), par l'article 17 (droit à l'effacement, «droit à l'oubli»), par l'article 18 (droit de limitation du traitement), par l'article 20 (droit à la portabilité des données) et par l'article 21 (droit d'opposition) du règlement 2016/679, en s'adressant, au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception expédiée au siège opérationnel d'Agrate Brianza (MB), à la Direction des ressources humaines ou par un message de courrier électronique expédié aux adresses info@nobis.it ou bien nobisassicurazioni@pec.it.

La personne concernée a également le droit de déposer une plainte directement auprès de l'Autorité italienne garante de la protection des données à caractère personnel, conformément aux conditions qui sont prévues par la législation en vigueur et selon les procédures et les indications ayant été publiées sur le site officiel de l'Autorité, à l'adresse www.garanteprivacy.it.



Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Siège Social:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direction Générale:

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

ce jeu d'informations
est mis à jour au 01 décembre 2020

POLICE D'ASSURANCE N°6003000619/F

Les garanties valables en faveur de l'Assuré et les sommes assurées sont énumérées ci-après.

Nous vous rappelons que les détails de chaque garantie individuelle valable sont contenus dans les conditions d'assurance, dont la présente police d'assurance fait partie intégrante.

La prime brute pour chaque Assuré s'élève à 3,80 € par trajet.

Pour la réservation d'un billet pour 4 passagers payant composé de 2 adultes + 2 enfants de moins de 12 ans, la prime brute forfaitaire par trajet est de 11,40 €.

GARANTIES	GARANTIES VALABLES		SOMMES ASSURÉES
	OUI	NON	
CHAPITRE 1 - FRAIS MÉDICAUX (Voyages en Italie)	X		5 000,00 €
CHAPITRE 1 - FRAIS MÉDICAUX (Voyages en Europe)	X		5 000,00 €
CHAPITRE 1 - FRAIS MÉDICAUX (Voyages dans le monde)	X		5 000,00 €
CHAPITRE 2 – INDEMNITÉ JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION À LA SUITE D'UNE INFECTION AU COVID	X		1 000,00 €
CHAPITRE 3 – INDEMNITÉ DE CONVALESCENCE	X		1 500,00 €
CHAPITRE 4 - SERVICES À LA PERSONNE	X		Voir les conditions d'assurance
CHAPITRE 5 - BAGAGES (Voyages en Italie)	X		1 500,00 €
CHAPITRE 5 - BAGAGES (Voyages en Europe)	X		1 500,00 €
CHAPITRE 5 - BAGAGES (Voyages dans le monde)	X		1 500,00 €
CHAPITRE 6 - ANNULATION DE VOYAGE TOUS RISQUES	X		5 000,00 €
CHAPITRE 7 - ACCIDENTS	X		30 000,00 €
CHAPITRE 8 - ASSISTANCE AUTO	X		Voir les conditions d'assurance
CHAPITRE 9 - AIDE À DOMICILE	X		Voir les conditions d'assurance
CHAPITRE 10 – INTERRUPTION DU VOYAGE À LA SUITE D'UNE QUARANTAINE	X		Voir les conditions d'assurance
CHAPITRE 11 - AIDE DOMESTIQUE	X		Voir les conditions d'assurance

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ EN CAS DE SINISTRE

Services à la personne

En cas d'accident, veuillez contacter IMMÉDIATEMENT le Centre opérationnel de la Compagnie, joignable 24 heures sur 24 et 365 jours par an, en appelant le numéro suivant **+39/039/9890.702**

Autres garanties

Tous les sinistres doivent être déclarés selon l'une des modalités suivantes :

- Via **Internet** (à l'adresse www.nobis.it section "Denuncia On-Line") en suivant les instructions correspondantes.
- **Par voie postale, en envoyant le courrier et la documentation correspondante à l'adresse suivante :**

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