



SPESE
MEDICHE

ASSISTENZA

BAGAGLI

CAPITALE

RESPONSABILITÀ
CIVILE



CAP
VOLONTARIATO



malakoff
humanis
— COURTAGE —



europ
assistance
*you live we care**

INDICE

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

pagina 2

TABELLA DELLE GARANZIE

pagina 3

GARANZIA SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

pagina 6

Contratto QUATREM n°0027921 10000 004

- ⤷ Spese mediche eccetto ricovero ospedaliero
- ⤷ Ricovero ospedaliero

GARANZIA ASSISTENZA RIMPATRIO E ASSICURAZIONE VIAGGIO

pagina 18

Contratto EUROP ASSISTANCE IB1900383ITCA4

- ⤷ Sezione 1 - Termini e condizioni generali
- ⤷ Sezione 2 - Termini e condizioni particolari
- ⤷ Allegato 1 - Definizioni
- ⤷ Allegato 2 - Articoli del codice civile



SPESE
MEDICHE

ASSISTENZA

BAGAGLI

CAPITALE

RESPONSABILITÀ
CIVILE



CAP
VOLONTARIATO



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO?

HAI BISOGNO DI ASSISTENZA?

RICOVERO OSPEDALIERO PER MOTIVI GRAVI, RIENTRO ANTICIPATO, RIMPATRIO

Indicaci:

- Il tuo nome(i) e cognome(i)
- Le tue coordinate (indirizzo, numero di telefono)
- Il tuo numero di adesione
- Il numero di polizza **IB1900383ITCA4**



**Chiama il servizio assistenza h24
e 7 giorni su 7 al numero:
+33 (0)1.41.85.93.16**

RIMBORSO DI SPESE MEDICHE?

DICHIARA IL SINISTRO ENTRO 15 GIORNI E FORNISCI I SEGUENTI GIUSTIFICATIVI:

- Copia dell'attestato di missione rilasciato dall'organizzazione di volontariato
- Coordinate bancarie
- Copia del documento d'identità
- Fatture delle cure in originale dettagliate con prova dell'avvenuto pagamento
- Prescrizioni mediche
- Il questionario medico compilato dall'operatore sanitario con timbro, data, firma (ricevuto all'atto della sottoscrizione)
- Verbale della polizia in caso di incidente
- Cartella clinica dell'ospedale in caso di ricovero e/o di visita al pronto soccorso (precisando il motivo della tua visita, il trattamento attuale e successivo).

Per le spese mediche < 500 €, esegui la scansione delle fatture e dichiara il tuo sinistro online:



www.chapkadirect.it/sinistre

Per le spese mediche > 500 €, inviaci i documenti originali in busta riservata, all'attenzione del "medico-consulente" a:

**Aon France / Chapka Assurances
31-35 rue de la Fédération
75015 Parigi
Francia**

Conserva gli originali, possono essere richiesti in caso di verifica da parte dell'assicuratore. Non lasciare l'ospedale senza la cartella clinica, avrai maggiori difficoltà a ottenerla in un secondo momento.

LE ALTRE GARANZIE DELLA POLIZZA (BAGAGLI, RC, INFORTUNI INDIVIDUALE)

DICHIARAZIONE ONLINE

- Procurati il numero di adesione.
- Dichiarati:
 - entro 5 giorni per l'assicurazione RC e infortuni individuale,
 - entro 2 giorni in caso di furto

Attenzione in caso di furto dei bagagli:

L'assicurato deve esporre denuncia alle autorità locali competenti entro 24 ore dalla data del sinistro.

Saranno risarciti solo gli elementi dichiarati e riportati nella denuncia.

**Dichiara il tuo sinistro e carica i documenti
sul sito Web:**



<https://www.chapkadirect.it/sinistre>

**Conserva gli originali, possono essere
richiesti**



CAP
VOLONTARIATO



TABELLA DELLE GARANZIE

SPESE MEDICHE E RICOVERO OSPEDALIERO

LIMITI MASSIMI E FRANCHIGIE

Spese legate ad una malattia improvvisa, alla maternità, ad un infortunio unicamente e in base alle condizioni descritte sull'opuscolo informativo (consenso previo, esclusioni, limiti, costi conformi alle pratiche locali e giustificati...)

SPESE DI RICOVERO OSPEDALIERO

Spese di soggiorno, onorari, altre spese mediche, trasporto in ambulanza

Illimitati
Assunzione delle spese dal 1° Euro, 100 % delle spese effettive, senza franchigia

Esclusiva: Indennità giornaliera versata all'assicurato

30 Euro /giorno di ricovero ospedaliero dal 6° al 10° giorno consecutivo di ricovero ospedaliero e una volta durante la validità dell'adesione

Maternità: Cure durante la gravidanza, il parto naturale o cesareo

75 % delle spese effettive ed entro il limite di 7.500 Euro per la durata dell'adesione

SERVIZIO MEDICO EXTRAOSPEDALIERO ECCETTO RICOVERO OSPEDALIERO (MALATTIA IMPROVISA O INFORTUNIO)

Consulenze mediche, visite mediche, cure sanitarie ausiliari (eccetto fisioterapia), analisi mediche, procedure mediche specifiche, diagnostica per immagini, farmaci (eccetto vaccini, metodi anticoncezionali)

Illimitati
Assunzione delle spese dal 1° Euro, 100 % delle spese effettive, senza franchigia

Fisioterapia (con prescrizione medica)

75 % delle spese effettive, 10 sedute per il periodo dell'adesione

SPESE DENTARIE DI EMERGENZA

Medicazioni, otturazioni, devitalizzazioni o estrazioni

- SE LE SPESE SONO RELATIVE A UN INFORTUNIO: 100 % delle spese effettive e 440 Euro per ogni dente con un massimo di 1 300 Euro per sinistro.
- NEGLI ALTRI CASI : 100 % delle spese effettive e 500 Euro per anno

OTTICA UNICAMENTE IN CASO DI INFORTUNI DELLE PERSONE

Montatura, lenti, lenti a contatto

100 % delle spese effettive e di 200 Euro per la durata dell'adesione

ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CASO DI MALATTIA, FERITE O DECESSO

Trasporto/Rimpatrio	Spese effettive
Rientro degli accompagnanti e assunzione delle spese di soggiorno	Biglietto di ritorno e 50 € a notte (massimo 500 €)
Presenza durante il ricovero ospedaliero	Biglietto A/R e 50 € a notte (massimo 500 €)
Proroga del soggiorno dell'Assicurato	Biglietto di ritorno e 50 € a notte (massimo 500 €)
Rientro anticipato in caso di ricovero ospedaliero o di decesso di un familiare	Biglietto Andata / Ritorno
Trasporto della salma	Spese effettive
Spese per la bara o per l'urna	2 000 €

ASSISTENZA VIAGGIO (DURANTE IL VIAGGIO)

Anticipo della cauzione penale all'estero	7.500 €
Assunzione degli onorari di avvocato all'estero	3.000 €
Spese di ricerca e di soccorso in mare e in montagna	5.000 € / persona e 25.000 € / evento
Trasmissione di messaggi urgenti (solo dall'estero)	
Spedizione di farmaci	Costi di spedizione
Assistenza in caso di furto, perdita o distruzione dei documenti d'identità o dei mezzi di pagamento	Anticipo di fondi pari a 500 €
Sostegno psicologico	3 telefonate

GARANZIE ASSICURATIVE

LIMITI MASSIMI E FRANCHIGIE

CONTRATTO EUROP ASSISTANCE N° 58 223 432

BAGAGLI E OGGETTI PERSONALI

Durante tutta la durata del soggiorno: in caso di furto con scasso o aggressione	2.000 €
Durante il trasporto: in caso di distruzione totale o parziale, di perdita durante il trasporto effettuato da una compagnia aerea	Franchigia 25€ per pratica
Di cui oggetti preziosi	Limitati al 50 % dell'importo della garanzia
Indennità per il ritardo di consegna dei bagagli oltre 24 ore	150 €
Spese per il rinnovo dei documenti di identità	150 €

GARANZIE ASSICURATIVE

LIMITI MASSIMI E FRANCHIGIE

INDIVIDUALE INFORTUNIO IN VIAGGIO

Capitale in caso di morte	10.000 €
Capitale in caso di invalidità Permanente Totale	50.000 €

RESPONSABILITÀ CIVILE VITA PRIVATA ALL'ESTERO

di cui danni alla persona e danni immateriali successivi a danni alla persona garantiti	4.000.000 € / evento
di cui danni materiali e danni immateriali successivi a danni materiali garantiti	450.000 € / evento
Franchigia	80 €
Responsabilità civile locativa all'estero	100.000 € / evento
Franchigia	80 €

RITARDO AERO

Ritardo aereo con relativa perdita della coincidenza per motivi tecnici o atmosferici	Versamento di un'indennità forfettaria pari a 300 €
---	---



Aon France

con denominazione commerciale **Chapka Assurances.**

Sede sociale

31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560

SAS con capitale di 46 027 140 euro

414 572 248 RCS Parigi

N° de TVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248

Garanzia finanziaria e assicurazione della responsabilità civile professionale compatibili con le disposizioni degli articoli L.512-7 e L.512-6 del Codice delle Assicurazioni



CAP VOLONTARIATO



GLOSSARIO

Nel presente contratto vengono utilizzati i seguenti termini:

Fatte salve eventuali disposizioni specifiche previste dalla garanzia, le definizioni in appresso vanno intese il giorno dell'evento in oggetto:

ASSICURATORE

Quattrem, SA con un capitale di 510 426 261 euro, disciplinata dal Codice delle assicurazioni, la cui sede è ubicata al 21 rue Laffitte- 75009 Parigi, 412 367 724 RCS Paris, Società del gruppo **Malakoff Médéric Humanis**.

SOTTOSCRITTORE

L'associazione Chapka che ha concluso il contratto di assicurazione con l'assicuratore. Quest'associazione è un'associazione legge 1901 con sede sita a 31-35 rue de la Fédération, 75717 Parigi cedex 15.

ADERENTE

La persona fisica, **membro dell'associazione** Chapka che soddisfa le condizioni di adesione oggetto dell'articolo 3.2.1 (Condizioni di adesione al contratto) e aderisce al contratto.

ASSICURATO

Viene considerato Assicurato:

- la persona fisica, designata dal Contraente, domiciliata nello Spazio Economico Europeo, nei DROM, in Nuova Caledonia e in Polinesia Francese.

L'Assicurato è una persona fisica dai 18 ai 65 anni che si reca all'Estero per realizzare un'attività di volontariato temporaneo per una durata massima di 12 mesi.

I figli minori fiscalmente a carico e che vivono nella stessa casa che i genitori assicurati e che viaggiano con i genitori assicurati.

Nel presente contratto gli Assicurati sono inoltre indicati con il termine «voi».

INFORTUNIO

Qualsiasi danno all'integrità fisica, non intenzionale e derivante dall'azione improvvisa e imprevedibile di una causa esterna all'assicurato.

AUTORITÀ MEDICA COMPETENTE

Operatore sanitario che ha ottenuto un diploma in una scuola di medicina che figura nella lista dell'Organizzazione Mondiale della Salute (O.M.S.) ed è autorizzato ad operare nel Paese dove sono prestati i servizi sanitari.

PRATICA MEDICA IN VIGORE

Indica un atto medico che corrisponde al trattamento normalmente utilizzato per curare la patologia da trattare nel rispetto delle norme deontologiche applicabili comunemente e che non comprende le cure sperimentali, la sperimentazione clinica o la ricerca medica.

RICOVERO OSPEDALIERO

Ammissione dell'assicurato in un centro sanitario (ospedale o clinica) per essere sottoposto ad un intervento chirurgico o a cure mediche.

Nella presente definizione rientrano parimenti: il ricovero ospedaliero diurno e il ricovero a domicilio quando sono giustificati sotto il profilo medico.

CURE PROGRAMMATE

Le cure dette «programmate» sono le cure previste oltre VENTIQUATTRO ORE dalla loro realizzazione effettiva.

VACANZA

Soggiorno turistico al di fuori del Paese di soggiorno temporaneo per un periodo non superiore a:

- NOVANTA (90) giorni consecutivi e dichiarati all'assicuratore in caso di vacanza al di fuori del paese di residenza
- TRENTA (30) giorni consecutivi e dichiarati all'assicuratore in caso di vacanza nel paese di Domicilio.

MALATTIA GRAVE E IMPROVVISA

Indica qualsiasi alterazione della salute improvvisa e imprevedibile accertata da un'autorità medica competente che necessita di cure mediche che non possono attendere il rientro nel paese di residenza.

PREVIDENZA SOCIALE

Regime generale francese di assicurazione malattia dei lavoratori subordinati.

REGIME LOCALE DI PREVIDENZA SOCIALE

Il regime di previdenza sociale in vigore nel Paese di soggiorno temporaneo dell'assicurato.

VALUTA DEL CONTRATTO

L'euro.

Le prestazioni previste dal contratto sono calcolate alla data delle cure in base al tasso di cambio pubblicato dalla Banque de France a tale data delle cure.

A seconda dei casi, possono essere pagate in valuta locale:

- All'assicurato, essendo l'eventuale margine di cambio assunto da quest'ultimo,
- Al centro sanitario che ha prestato le cure; l'eventuale margine di cambio viene assunto dall'assicuratore.

L'elenco delle valute possibili è disponibile su semplice richiesta all'assicuratore.

CALCOLO DELL'ETÀ

L'età è calcolata in base alla differenza in millesimi fra l'anno di nascita e l'anno di adesione.

DOMICILIO

Il luogo di residenza principale ed abituale dell'Assicurato. Si trova in un paese dello Spazio economico europeo (SEE), nei DROM, in Nuova Caledonia o in Polinesia Francese.

1. GARANZIE SOTTOSCRITTE

1.1. GARANZIE SOTTOSCRITTE

Le seguenti procedure sono assunte dall'assicuratore alle condizioni fissate al titolo 2 (Garanzia spese mediche e chirurgiche), se del caso, ad integrazione delle prestazioni versate dalla Previdenza Sociale, dal regime locale di Previdenza o di un'altra copertura complementare di spese mediche di cui usufruisce l'assicurato.

1.1.1 RICOVERO OSPEDALIERO

Il ricovero ospedaliero oltre 24 ore dal parto è soggetto al consenso previo dell'assicuratore.

ATTI

Spese di soggiorno, onorari, altre spese mediche, trasporto in ambulanza

entro il limite del:

100 % delle spese effettive

Indennità giornaliera

Quando l'assicurato è vittima di un Infortunio o di una Malattia grave e improvvisa e il suo stato di salute richiede il ricovero ospedaliero

entro il limite di:

30 Euro per ogni giorno di ricovero ospedaliero dal 6° al 10° giorno consecutivo di ricovero e **una volta durante il periodo di validità dell'adesione**

Maternità

Cure relative alla gravidanza, al parto naturale o cesareo fatte salve le disposizioni di cui all'articolo 3.3.3 (Data di entrata in vigore, termine delle garanzie)

entro il limite di:

75 % delle spese effettive e di 7.500 euro per la durata dell'adesione

1.1.2 SERVIZIO MEDICO EXTRAOSPEDALIERO (ECCETTO RICOVERO OSPEDALIERO)

Consulenze mediche

Visite mediche

Cure sanitarie ausiliari (eccetto fisioterapia)

Analisi mediche

Procedure mediche specifiche Diagnostica per immagini

Farmaci (eccetto vaccini, metodi anticoncezionali)

entro il limite del:

100 % delle spese effettive

Fisioterapia (con prescrizione medica)

entro il limite di:

75 % delle spese effettive e di 10 sessioni per la durata dell'adesione

1.1.3 SPESE DENTARIE

Medicazioni, otturazioni, devitalizzazione o estrazione

entro il limite del:

100 % delle spese effettive e 440 Euro per ogni dente con un massimo di 1 300 euro per sinistro se le spese fanno seguito a un infortunio.

entro il limite del:

100 % delle spese reali e di 500 Euro per anno negli altri casi.

1.1.4 OTTICA UNICAMENTE IN CASO DI INFORTUNIO ALLA PERSONA

Montatura, lenti, lenti a contatto

entro il limite del:

100 % delle spese effettive e di 200 Euro per la durata dell'adesione

2. GARANZIA SPESE MEDICHE E CHIRURGICHE

2.1. OGGETTO DELLA GARANZIA

La garanzia ha quale oggetto il rimborso, **entro i limiti delle spese effettivamente sostenute dall'assicurato**, di tutto o parte delle spese **inerenti ad una malattia grave e improvvisa, ad una gravidanza o un infortunio** sia nella vita privata che nel corso della sua attività professionale temporanea.

La garanzia viene sottoscritta ad integrazione di quella di cui beneficia l'assicurato con il regime locale di Previdenza sociale o al 1° euro quando l'assicurato non beneficia della copertura precitata.

In ogni caso e conformemente all'articolo 2.5 (Assicurazioni cumulative), la garanzia non può essere superiore all'importo delle spese sostenute dall'assicurato.

2.2 PRESTAZIONI

Le procedure mediche assunte dall'assicuratore sono definite al titolo 1 (Garanzie sottoscritte) a condizione che siano:

- prescritte e effettuate da un'autorità medica competente come definito nel glossario,
- riconosciute dalla medesima autorità adeguate da un punto di vista medico e indispensabili per il trattamento della patologia sia in termini quantitativi che qualitativi,
- conformi alle pratiche mediche in vigore come definite nel glossario,
- retribuite a costi ragionevoli e abitualmente praticati per il trattamento considerato nel Paese ove sono effettuate,
- effettuate preferibilmente nel settore pubblico o convenzionato quando tali settori esistono nei Paesi di soggiorno temporaneo, E che non siano esclusi in base all'elenco di cui all'articolo 2.6 (Esclusioni) del contratto.

Le garanzie prese in considerazione dall'assicuratore per il calcolo dei rimborsi sono quelle in vigore alla data delle cure effettuate da un operatore sanitario.

La garanzia spese mediche all'estero cessa di esistere quando l'assicurato rifiuta il rimpatrio proposto.

2.2.1. RICOVERO OSPEDALIERO

Il rimborso del ricovero ospedaliero o chirurgico di una durata superiore a 24 ore o del parto è soggetto alla concessione di un consenso previo da parte dell'assicuratore alle condizioni previste dall'articolo 2.2.1.1 (Modalità del consenso previo dell'assicuratore) in appresso. Inoltre, l'assicuratore può, nel contempo, rilasciare un'assunzione delle spese mediche.

2.2.1.1. MODALITÀ DEL CONSENSO PREVIO DELL'ASSICURATORE

L'assicurato deve inviare al medico consulente dell'assicuratore all'indirizzo indicato all'articolo 3.7 (Disposizioni varie) in busta chiusa recante la menzione «dati sanitari riservati»:

- **Prima dell'inizio del ricovero ospedaliero di oltre 24 ore**, la prescrizione redatta dall'operatore sanitario, se del caso il risultato delle analisi e della diagnostica per immagini realizzate previamente e del preventivo particolareggiato,
- **In caso di maternità, alla fine del TERZO MESE di gravidanza**, un certificato di gravidanza.

Qualora circostanze imprevedibili e inevitabili, indipendenti dall'assicurato, non gli consentano di rispettare i termini suesposti, l'assicurato o il centro ospedaliero devono effettuare la richiesta di assunzione a carico quanto prima, **altrimenti le spese non saranno assunte dall'assicuratore**.

Il consenso previo rilasciato dall'assicuratore formalizza il suo accordo, valida il tipo di cura proposto rispetto alla patologia, la negoziazione delle tariffe con i centri ospedalieri interessati e comunica all'assicurato l'importo del rimborso. Il consenso

previo è valido UN mese a condizione che l'assicurato abbia ancora la medesima qualità alla data effettiva delle cure e che l'adesione sia sempre in vigore.

2.2.1.2. ASSUNZIONE DELLE SPESE DI RICOVERO OSPEDALIERO

Oltre al consenso previo previsto al capitolo precedente, l'assicuratore può rilasciare un'autorizzazione di assunzione delle spese di ricovero ospedaliero a favore dell'assicuratore.

Pertanto, l'assicuratore subentra all'assicurato per il pagamento delle spese che restano a suo carico presso il centro ospedaliero alle condizioni previste dal contratto e, in particolare, **fatte salve le disposizioni dell'articolo 2.6 (Esclusioni)**.

2.2.2. ALTRE CURE

Per le procedure che non sono oggetto di un consenso previo (Ricovero ospedaliero inferiore a 24 ore, Servizio medico extraospedaliero,

Spese odontologiche, Ottica), l'assicuratore può sottoporre l'assicurato ad un controllo medico alle condizioni previste dall'articolo 2.2.2.1 (Controllo medico). In caso di controversia, l'assicurato può, se del caso, dare esecuzione alla procedura di arbitrato prevista da questo stesso articolo.

A seguito di tale controllo, l'assicuratore si riserva la possibilità di rifiutare o di ridurre il rimborso di qualsiasi procedura che ritenga indebita sotto il profilo medico e/ o retribuito senza rispettare i costi ragionevoli e abitualmente praticati per il trattamento considerato.

2.2.2.1. CONTROLLO MEDICO

A pena di decadenza della garanzia, l'assicuratore si riserva la possibilità di chiedere all'assicurato:

- qualsiasi documento o informazione che ritenga necessaria allo scopo di controllare le dichiarazioni che gli vengono trasmesse,
- di sottoporsi ad una visita medica avente per oggetto la verifica del suo stato di salute, dei pareri medici e dei documenti giustificativi che ha trasmesso.

Durante la visita medica, l'assicurato può farsi assistere dal suo medico curante o da qualsiasi altro medico di propria scelta.

A seguito di tale controllo, in caso di disaccordo tra il medico dell'assicurato e quello dell'assicuratore circa la valutazione dello stato di salute dell'assicurato, le parti e i loro medici delegati potranno scegliere un terzo esperto agente in qualità di arbitro, nell'ambito di un protocollo firmato dall'assicuratore e dall'assicurato.

In mancanza di accordo su tale scelta, la designazione verrà effettuata su richiesta della parte più diligente dal Presidente del Tribunal de Grande Instance di Parigi.

Ogni parte si fa carico degli onorari del proprio medico. Le spese e gli onorari del terzo esperto saranno in ogni caso sostenute per metà dalle due parti.

2.3 PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI

2.3.1. TERMINE DI DICHIARAZIONE

Le domande di rimborso vanno indirizzate all'assicurato entro QUINDICI giorni successivi alla data delle cure mediche o alla data della fattura di ricovero ospedaliero all'indirizzo indicato all'articolo 3.7 (Disposizioni diverse) con le ricette mediche, le fatture originali pagate, e se del caso, della concessione di un consenso previo da parte dell'assicuratore alle condizioni previste dall'articolo 2.2.1.1 (modalità dell'accordo dell'assicuratore), tranne se l'assicuratore ha rilasciato un accordo di assunzione delle spese mediche.

Se l'assicuratore ha dichiarato di coprire tali spese, il centro ospedaliero effettua la domanda di rimborso presso l'assicuratore inviando quanto prima la sua fattura.

In ogni caso e conformemente alle disposizioni legali richiamate dall'articolo 3.6.2 (Prescrizione) del presente contratto, le domande di rimborso prescrivono entro un termine di DUE anni a decorrere dalla data delle cure.

2.3.2. MODALITÀ DI DICHIARAZIONE

Le domande di rimborso devono essere accompagnate:

- da una copia del vostro visto,
- da una copia del vostro documento di identità,
- dalle coordinate bancarie,
- dalle fatture originali dettagliate delle cure con prova di pagamento
- dalle prescrizioni mediche,
- dal questionario medico compilato dall'operatore sanitario, timbrato, datato, firmato (ricevuto all'atto dell'adesione),
- dal verbale di polizia in caso di incidente,
- dal referto medico emesso dall'ospedale in caso di ricovero ospedaliero e/ o dal servizio di emergenza sanitaria (precisando il motivo della visita, le cure attuali e di monitoraggio)
- di una copia del consenso medico previo rilasciato dall'assicuratore alle condizioni di cui all'articolo 2.2.1.1. (Modalità di consenso previo dell'assicuratore).

Se all'atto di una domanda di rimborso l'assicurato fornisce deliberatamente documenti falsi o inesatti, il medesimo rischia azioni penali, la nullità della sua adesione, nonché la perdita di qualsiasi diritto al rimborso.

2.4 MANTENIMENTO DELLE GARANZIE AL DI FUORI DEL PAESE DI SOGGIORNO TEMPORANEO

Fintantoché l'adesione rimarrà in vigore, l'assistenza medica coperta dal presente contratto fornita fuori dal Paese di soggiorno temporaneo dichiarato all'assicuratore è assunta alle seguenti condizioni:

2.4.1. ASSISTENZA MEDICA FUORI DAL PAESE DI SOGGIORNO TEMPORANEO E AL DI FUORI DEL PAESE DI DOMICILIO

Le garanzie sono mantenute secondo le condizioni del contratto **unicamente in caso di vacanza**.

2.4.2. CURE PRESTATE AL RIENTRO NEL SUO PAESE DI DOMICILIO

2.4.2.1. IN CASO DI VACANZA NEL PAESE DI DOMICILIO

Le garanzie sono mantenute alle condizioni di cui all'articolo 2.4.2.3 (Importo delle garanzie mantenute) in appresso.

2.4.2.2. IN CASO DI RIENTRO DEFINITIVO NEL SUO PAESE DI DOMICILIO

Le garanzie sono mantenute per l'assicurato che rientra definitivamente in Francia prima della data di fine soggiorno dichiarata all'assicuratore e che figura nel certificato di adesione alle condizioni menzionate nell'articolo 2.4.2.3 (Importo delle garanzie mantenute) in appresso.

Le garanzie vengono mantenute fino a quando l'assicurato non può beneficiare delle prestazioni in natura della Previdenza sociale e al più tardi fino al termine di un periodo di massimo **NOVANTA giorni** a decorrere dalla data di rientro definitivo anticipato in Francia dell'assicurato.

In ogni caso la garanzia cessa alla data del termine di soggiorno dichiarato all'assicuratore e che figura nel certificato di adesione, eccetto in caso di rimpatrio sanitario in Francia.

2.4.2.3. IMPORTO DELLE GARANZIE MANTENUTE NEL PAESE DI DOMICILIO

Le prestazioni versate dall'assicuratore sono pari a quelle che la Previdenza sociale avrebbe versato se fosse intervenuta nei limiti delle spese effettivamente sostenute e dei limiti massimi seguenti:

- Ricovero ospedaliero oltre 24 ore/ parto: 1 000 000 Euro per l'intera durata dell'adesione,
- Altre cure mediche (ricovero ospedaliero inferiore a 24 ore, Servizio medico extraospedaliero, Spese dentarie, Ottica): 15 000 Euro per l'intera durata dell'adesione.

L'assicuratore applica le disposizioni previste dal Codice della Previdenza sociale e relative, in particolare, al percorso del trattamento, al contributo forfettario e alla franchigia le cui definizioni sono riportate in appresso:

PERCORSO DEL TRATTAMENTO

Visita del medico curante prescelto dall'assicurato prima di essere orientato verso un altro medico, salvo in caso di emergenza, di allontanamento dal domicilio o quando viene autorizzato un accesso diretto a uno specialista (oftalmologo, ginecologo, nonché, per i pazienti di età inferiore ai 26 anni, psichiatra e neuropsichiatra). Il percorso del trattamento riguarda i pazienti a partire dall'età di 16 anni.

PARTECIPAZIONE FORFETTARIA (ARTICOLO L322-2 DEL CODICE DELLA PREVIDENZA SOCIALE)

Importo forfettario non rimborsato dalla Previdenza Sociale. Questa partecipazione forfettaria, a carico dell'assicurato, riguarda le consulenze mediche, gli atti medici e gli atti biologici.

La partecipazione forfettaria non è rimborsata dall'assicuratore.

FRANCHIGIA (ARTICOLO L322-2 DEL CODICE DELLA PREVIDENZA SOCIALE)

La franchigia è una somma dedotta dai rimborsi realizzati dalla Previdenza sociale sulle spese farmaceutiche, gli atti degli ausiliari medici, le spese di trasporto sanitario, fatti salvi i trasporti d'urgenza.

La franchigia non è rimborsata dall'assicuratore.

2.5 ASSICURAZIONI CUMULATIVE

La garanzia è sottoscritta ad integrazione della garanzia di cui fruisce l'assicurato nel regime locale di Previdenza sociale o al 1° euro quando l'assicurato non beneficia della copertura precitata.

In ogni caso, il cumulo dei rimborsi pagati dall'assicuratore, e se del caso, dal regime locale di Previdenza sociale se l'assicurato ne fruisce nonché da qualsiasi altro organismo, non può essere superiore all'importo delle spese che sono state sostenute a titolo delle cure mediche in oggetto.

Inoltre, se i rischi coperti dal contratto sono o saranno oggetto di altre assicurazioni, l'assicurato deve presentare una dichiarazione all'assicuratore al momento dell'adesione e durante tutta la durata della medesima.

Le garanzie della stessa natura produrranno i loro effetti entro i limiti di ogni garanzia, indipendentemente dalla data della loro sottoscrizione. Entro tali limiti, l'assicurato può ottenere l'indennizzo rivolgendosi all'organismo di propria scelta.

Il contributo di ogni organismo viene in seguito stabilito conformemente alle disposizioni di cui all'articolo L 121-4 del codice delle assicurazioni.

2.6 ESCLUSIONI

Non vengono coperte dall'assicuratore:

LE CURE MEDICHE:

- necessarie a causa di un comportamento intenzionale dell'assicurato,
- a seguito di un tentativo di suicidio,
- prestate o programmate prima della data di entrata in vigore dell'adesione al contratto dell'assicurato,
- prestate o programmate dopo la data di fine dell'adesione al contratto dell'assicurato o della rescissione dal contratto o della fine della garanzia in questione,
- prestate mentre l'assicurato è in uno stato di ebbrezza accertato a livello medico o da un'autorità competente o sotto l'effetto di stupefacenti non prescritti medicalmente o assunti oltre le dosi prescritte medicalmente,
- non prescritte medicalmente,
- non prestate da un'autorità medica competente come definita nel glossario,
- inadeguate rispetto alla patologia,
- non retribuite ad un costo medio normalmente prestate per il trattamento interessato,
- che sarebbero normalmente state prestate gratuitamente in assenza del presente contratto,
- che non sono prestate da un operatore sanitario titolare di un diploma necessario per svolgere le sue attività nel Paese dove vengono prestati i servizi sanitari,
- che non sono state oggetto di un consenso previo dell'assicuratore nei casi previsti all'articolo 2.2 (Prestazioni),
- respinte dall'assicuratore a seguito di una richiesta di consenso previo conformemente all'articolo 2.2 (Prestazioni),
- prestate al di fuori del Paese di soggiorno temporaneo dichiarato all'assicuratore, fatta salva l'applicazione delle disposizioni dell'articolo 2.4 (mantenimento delle garanzie al di fuori del Paese di soggiorno temporaneo)
- prestate quando l'assicurato ha omesso di sottoporsi alle cure mediche necessarie in base al suo stato di salute,
- successive a un infortunio provocato da uno stato di ebbrezza dell'assicurato accertato da un tasso pari o superiore al tasso definito dal codice della strada in vigore in Francia al momento dell'infortunio,
- dentarie diverse da quelle menzionati al titolo 1 (Garanzie sottoscritte)
- prestate con l'obiettivo di ricevere assistenza sanitaria nel Paese di soggiorno temporaneo

I SOGGIORNI :

- in una casa di riposo o di cure di una durata superiore ai 30 giorni,
- in un centro di assistenza sanitaria, di lunga durata

I TRATTAMENTI :

- contro l'obesità, il dimagrimento,
- di ringiovanimento,
- di sterilità e di fecondità,
- sperimentali,
- per le allergie,
- contro le malattie sessualmente trasmissibili

LE SPESE:

- di preparazione al parto,
- di riabilitazione, eccetto in caso di infortunio debitamente giustificato, in particolare un verbale di polizia (eccetto fisioterapia)
- di chirurgia estetica,
- di osteopatia, chiropratica, etiopatia, agopuntura, naturopatia, ipnoterapia, sofrologia
- di ottica, oltre a quelle indicate al titolo 1 (Garanzie sottoscritte)
- delle visite mediche preuziali,
- di albergo,
- di rimpatrio dell'assicurato (per questa garanzia riferirsi alle Condizioni Generali Europ Assistance a pagina 25)
- di assistenza, di qualsiasi natura,
- accessorie o non mediche in caso di ricovero ospedaliero quali : telefono, televisione, internet, bevande.
- gli atti dermatologici seguenti:
 - l'acne
 - le allergie (eccetto i primi sintomi)
 - i calli ai piedi o gli alluci valghi
 - le verruche
 - l'eczema
- le spese di consultazione che non derivano da una patologia o da un trattamento su prescrizione medica

LA PARTE DELLE SPESE ASSUNTE DALLA PREVIDENZA SOCIALE O DAL REGIME LOCALE DI PREVIDENZA SOCIALE O DA QUALSIASI ALTRO ORGANISMO DI PREVIDENZA SOCIALE,

LA FRANCHIGIA E LA PARTECIPAZIONE FORFETTARIA DEFINITE ALL'ARTICOLO 2.4 (Cure prestate al di fuori del Paese di soggiorno temporaneo).

I PRODOTTI PARAFARMACEUTICI.

I FARMACI:

- non prescritti da un'autorità medica competente come definita nel Glossario,
- usati oltre le dosi prescritte,

3. DISPOSIZIONI GENERALI

3.1 OGGETTO DEL CONTRATTO

Il presente contratto è un contratto di assicurazione di gruppo ad adesione individuale, sottoscritto dall'Associazione Chapka a favore dei suoi membri che soddisfano i requisiti per l'adesione di cui all'articolo 3.2 (Condizioni e formalità di adesione al contratto) avente per oggetto il rimborso di tutto o parte delle spese sanitarie sostenute in caso di infortunio, di malattia grave e improvvisa o di maternità dell'assicurato, secondo le condizioni stabilite al titolo 1 (Garanzie spese mediche e chirurgiche) del presente contratto.

Non subentra al regime locale della previdenza sociale al quale, se del caso, l'assicurato deve aderire.

È disciplinato dal codice delle assicurazioni e, in particolare, dagli articoli L141-1 e seguenti e rientra nei rami 1 (infortuni) e 2 (malattia) dell'articolo R321-1 del codice delle assicurazioni.

Le garanzie di Chapka international 1° euro sono assicurate da QUATREM con i seguenti riferimenti:

CAP VOLONTARIATO 0027921 10000 004

- Per i lavoratori interinali che usufruiscono di un visto Programma Vacanze Lavoro:

Le presenti condizioni generali definiscono gli impegni reciproci del sottoscrittore e dell'assicuratore e, in particolare, le modalità di entrata in vigore delle garanzie nonché le formalità da espletare per il pagamento delle prestazioni.

3.2 CONDIZIONI E FORMALITÀ DI ADESIONE AL CONTRATTO

3.2.1. CONDIZIONI DI ADESIONE AL CONTRATTO

Sono ammissibili al contratto le cure all'estero previste preventivamente per un massimo di 12 mesi per: persone fisiche, membri dell'associazione Chapka che realizzano un soggiorno temporaneo

- che usufruiscono di un visto Holidays : Programma Vacanze Lavoro (Working Holidays)

E

- che non rientrano nel regime della Previdenza sociale francese durante il soggiorno.

3.2.2. FORMALITÀ DI ADESIONE AL CONTRATTO

L'aderente compila una domanda di adesione nella quale precisa, in particolare, il tipo di visto di cui è in possesso, il paese interessato e la data di inizio e fine del soggiorno temporaneo, se del caso, se usufruisce del regime locale di previdenza sociale o di nessun regime in particolare.

L'accettazione del rischio da parte dell'assicuratore viene accertata dal rilascio di un certificato di adesione che conferisce all'aderente la qualità di assicurato.

Il certificato di adesione cita le caratteristiche inerenti all'adesione, in particolare l'identità dell'assicurato, la data di entrata in vigore dell'adesione, il Paese di soggiorno temporaneo e la durata del medesimo, l'importo del contributo nonché le eventuali deroghe alle condizioni generali.

Solo i documenti contrattuali recanti la firma di un rappresentante autorizzato della società impegnano l'assicuratore.

3.3 ENTRATA IN VIGORE, DURATA E RINNOVO DELL'ADESIONE E DELLE GARANZIE

3.3.1. DATA DI ENTRATA IN VIGORE, DURATA, RINNOVO DELL'ADESIONE

L'adesione al presente contratto entra in vigore alla data menzionata nel certificato di adesione e che non può essere anteriore alla data d'inizio del soggiorno temporaneo, fatto salvo il versamento di un contributo unico calcolato in conformità all'articolo 4.1 (Base imponibile e importo del contributo),

L'adesione viene sottoscritta per il periodo del soggiorno temporaneo dichiarato nella domanda di adesione e indicato nel certificato di adesione. La data di entrata in vigore dell'adesione è inoltre indicata nel medesimo certificato.

Fatto salvo il pagamento del contributo e salvo reticenza, omissione, dichiarazione falsa o inesatta fatta in malafede dall'assicurato, il medesimo non può essere cancellato dall'assicurazione contro la sua volontà fintantoché soddisfatti le condizioni di adesione citate all'articolo 3.2.1 (Condizioni di adesione al contratto).

3.3.2. FINE DELL'ADESIONE

L'adesione al contratto si estingue per l'assicurato:

- in caso di mancato pagamento del contributo unico,
- alla data alla quale non soddisfa più i requisiti di adesione oggetto dell'articolo 3.2.1 (Condizioni di adesione al contratto); precisando che in caso di proroga del soggiorno temporaneo, una nuova adesione potrà essere sottoscritta dopo aver ottenuto il consenso esplicito dell'assicuratore.
- alla data alla quale non è più membro dell'associazione di sottoscrittori,
- alla data alla quale cambia Paese di soggiorno temporaneo dichiarato all'atto dell'adesione salvo in caso di vacanza conformemente alle disposizioni dell'articolo 2.4 (Cure prestate al di fuori del Paese di origine),
- alla data del suo rientro definitivo nel suo paese, caso di applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 2.4.2.2 (In caso di rientro anticipato definitivo in Francia). Le disposizioni di questo articolo non sono applicabili in caso di rimborso della parte di contributo corrispondente al periodo durante il quale il rischio non è stato sostenuto.
- alla data di fine del soggiorno temporaneo menzionato del certificato di adesione,
- alla data di risoluzione del contratto da parte dell'assicuratore o del sottoscrittore.

Se il giorno della fine dell'adesione l'assicurato viene ricoverato in ospedale, l'assicuratore assume le spese di ricovero ospedaliero al massimo fino a 90 giorni a decorrere dalla data di fine dell'adesione.

3.3.3. DATA DI ENTRATA IN VIGORE, TERMINE DI VALIDITÀ DELLE GARANZIE

Fatto salvo il pagamento del contributo corrispondente, le garanzie entrano in vigore trascorso un periodo di carenza di:

- CENTOOTTANTA giorni consecutivi in caso di maternità, precisando che questa garanzia non viene applicata per gli assicurati che beneficiano di un visto working holiday in Canada.
- DODICI giorni consecutivi negli altri casi che interessano il soggiorno temporaneo.

Il periodo di carenza è un periodo durante il quale l'assicurato non beneficia della garanzia e viene calcolato a partire dalla data di entrata in vigore dell'adesione menzionata nel certificato di adesione. Non si applica in caso di infortunio accertato da un'autorità competente e debitamente giustificato da un verbale di polizia.

Nessuna prestazione verrà versata fintantoché il contributo non sarà pagato.

Le garanzie cessano di esistere nei casi di cui all'articolo 3.3.2 (Fine dell'adesione), allorché l'assicurato all'estero ha rifiutato il rimpatrio proposto e, in ogni caso, alla data di rientro definitivo dell'assicurato nel paese di Domicilio, salvo in caso di applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 2.4.2.2 (in caso di rientro anticipato definitivo nel paese di Domicilio).

3.4 RINUNCIA

L'assicurato ha la facoltà di rinunciare all'adesione qualora faccia seguito ad una vendita porta a porta o se è stata conclusa a distanza, alle seguenti condizioni.

3.4.1. VENDITA PORTA A PORTA

Conformemente all'articolo L112-9 del codice delle assicurazioni: «L.- Qualsiasi persona fisica che è stata oggetto di una vendita porta a porta presso il suo domicilio, la sua residenza o il suo luogo di lavoro, anche a sua richiesta, e che in tale contesto firma una proposta di assicurazione o un contratto per scopi che non rientrano nella sua attività commerciale o professionale, ha la facoltà di rinunciarvi mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno durante un termine di QUATTORDICI giorni di calendario completi a decorrere dalla stipula del contratto, senza dover giustificare motivi particolari né far fronte a penalità.»

L'esercizio del diritto di rinuncia comporta la risoluzione dell'adesione a decorrere dalla data di ricezione della lettera raccomandata. L'assicurato è tenuto a pagare parte del contributo che corrisponde al periodo durante il quale è stato sostenuto il rischio, conteggiato fino alla data della rinuncia. Il saldo è rimborsato dall'assicuratore al più tardi entro TRENTA giorni dopo la data di recesso.

Tuttavia, l'integralità del contributo continua a dover essere versato all'assicuratore se l'assicurato esercita il diritto di recesso quando un evento compromette le garanzie del contratto e del quale non è stato a conoscenza abbia avuto luogo durante il termine della rinuncia.

3.4.2 STIPULA DELL'ADESIONE A DISTANZA

Conformemente all'articolo L112-2-1 del codice delle assicurazioni, l'assicurato dispone di un termine di QUATTORDICI giorni di calendario completi per esercitare il suo diritto di rinuncia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, senza dover giustificare motivi particolari né far fronte a penalità, termine conteggiato a decorrere dal giorno della firma del certificato di adesione.

3.4.3 MODELLO DI LETTERA DI RINUNCIA

Per poter esercitare il suo diritto di rinuncia, l'assicurato può utilizzare il modello di lettera seguente:

Il sottoscritto (cognome, nome), residente a (indirizzo completo), dichiara di rinunciare all'adesione al contratto numero (indicare il numero), sottoscritto il (data del certificato di adesione), mediante (nome del consulente assicurativo), in applicazione delle disposizioni dell'articolo L 112-9 del codice delle assicurazioni (in caso di vendita porta a porta) L 112-2-1 del codice delle assicurazioni (in caso di adesione a distanza) – cancellare la voce non pertinente -

3.5 OBBLIGHI DELLE PARTI

3.5.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L'assicurato si impegna:

ALL'ATTO DELL'ADESIONE:

- a trasmettere:
 - la domanda di adesione debitamente compilata,
 - una fotocopia della vostra carta d'identità nazionale,
 - Una copia del visto, dell'attestato o dell'ordine di missione,
 - qualsiasi documento che l'assicuratore ritenga necessario per l'adesione.
- a soddisfare i requisiti o le raccomandazioni ufficiali relativi alle vaccinazioni e cure preventive del Paese interessato,
- a versare il contributo unico all'assicuratore.

DURANTE L'ADESIONE

- a comunicare all'assicuratore qualsiasi circostanza nuova che comporti la modifica della natura o dell'importanza dei rischi, o creare nuovi rischi e rendere inesatte o far decadere le dichiarazioni rilasciate all'assicuratore all'atto dell'adesione, in particolare il ritorno anticipato nel paese di Domicilio o il cambiamento di Paese di soggiorno temporaneo.

QUALORA SI VERIFICHI UN EVENTO CHE DIA DIRITTO ALLE PRESTAZIONI:

- gli elementi necessari al pagamento delle prestazioni, elencati all'articolo 2.3 (Pagamento delle prestazioni), o qualsiasi documento equivalente nei Paesi di soggiorno temporaneo, precisando che all'assicurato viene raccomandato di conservare una copia degli elementi che trasmette all'assicuratore fino a ricezione del relativo rimborso.
- le coordinate bancarie per il pagamento delle prestazioni,
- il formulario di dichiarazione rilasciato dall'assicuratore,
- se del caso, la fotocopia dell'attestato dell'assicurazione malattia unitamente alla tessera sanitaria (in caso di trattamenti durante una vacanza nel paese di Domicilio).
- il verbale di polizia, qualora sia stato rilasciato

LA RESPONSABILITÀ DELL'ASSICURATORE SUSSISTE UNICAMENTE IN BASE ALLE DICHIARAZIONI E AI DOCUMENTI TRASMESSI DALL'ASSICURATO, SE DEL CASO TRADOTTI IN FRANCESE A SPESE DELL'ASSICURATO DA UN ENTE DEBITAMENTE AUTORIZZATO.

3.5.2. OBBLIGHI DEL SOTTOSCRITTORE

Il certificato di adesione viene consegnato all'assicurato conformemente all'articolo 3.2.2 (Formalità di adesione al contratto).

Il sottoscrittore, conformemente all'articolo L 141-4 del codice delle assicurazioni, è tenuto a:

- Consegnare agli assicurati un'avvertenza redatta dall'assicuratore che definisce le garanzie e le loro modalità di entrata in vigore, nonché le formalità da espletare in caso di sinistro,
- Dare notifica per iscritto agli assicurati delle modifiche che interessano i loro diritti e i loro obblighi almeno TRE mesi prima della data prevista della loro entrata in vigore.

La prova della consegna di questi documenti spetta al sottoscrittore, conformemente alle disposizioni dell'articolo L141- 4 del codice delle assicurazioni.

3.6 RIFERIMENTI GIURIDICI

3.6.1 OBBLIGHI RELATIVI ALLA DICHIARAZIONE

Le dichiarazioni del sottoscrittore e dell'aderente formano la base per l'attuazione delle garanzie.

Qualsiasi reticenza o falsa dichiarazione che modifichi l'oggetto del rischio o che non fornisca le informazioni necessarie per l'assicuratore comporta l'applicazione degli articoli L-113-8 e L 113-9 del codice delle assicurazioni francese che recita quanto segue:

Articolo L113-8 «Indipendentemente dai motivi ordinari di nullità e fatte salve le disposizioni di cui all'articolo L132- 26, il contratto di assicurazione risulta nullo in caso di reticenza o di falsa dichiarazione intenzionale da parte dell'assicurato, quando tale reticenza o falsa dichiarazione modifica l'oggetto del rischio o non fornisca le informazioni necessarie per l'assicuratore, anche se il rischio omesso o snaturato dall'assicurato non ha avuto un impatto sul sinistro. I premi pagati rimangono pertanto imputabili all'assicuratore, che ha il diritto al pagamento di tutti i premi maturati a titolo di rimborso danni. Le disposizioni del secondo comma del presente articolo non sono applicabili alle assicurazioni sulla vita. »

Articolo L113-9 «L'omissione o la dichiarazione inesatta da parte dell'assicurato la cui malafede non sia stata accertata non comporta la nullità dell'assicurazione. Qualora venga constatata prima di qualsiasi sinistro, l'assicuratore ha il diritto di conservare il contratto applicando un aumento del premio accettato dall'assicurato, o di rescindere il contratto dieci giorni dopo la notifica inviata all'assicurato mediante lettera raccomandata, rimborsando la parte di premio riscossa per il tempo durante il quale l'assicurazione non è più attiva. Se tale constatazione avviene solo dopo il sinistro, l'indennità viene ridotta in proporzione all'importo dei premi pagati rispetto all'importo dei premi che sarebbe stato dovuto se il rischio fosse stato completamente ed esattamente dichiarato.»

3.6.2. PRESCRIZIONE

Qualsiasi azione legale derivante dal presente contratto è irricevibile trascorsi DUE ANNI a decorrere dall'evento che le ha originate, secondo le disposizioni degli articoli L114-1 e L114-2 del codice delle assicurazioni che recita quanto segue:

Articolo L114-1 «Tutte le azioni derivanti da un contratto di assicurazione sono soggette a un termine di prescrizione di 2 anni a decorrere dall'evento che le ha originate.

Tuttavia, questo termine decorre esclusivamente:

- 1 In caso di reticenza, omissione, dichiarazione falsa o inesatta circa il rischio sostenuto, unicamente a partire dal giorno in cui l'Assicuratore ne ha avuto conoscenza;
- 2 In caso di sinistro, a partire dal giorno in cui gli interessati ne hanno avuto conoscenza, purché dimostrino di averne ignorato l'esistenza fino a quel momento.

Quando l'azione dell'Assicurato contro l'Assicuratore è dovuta al ricorso di un soggetto terzo, il termine di prescrizione decorre esclusivamente dal giorno in cui il soggetto terzo ha avviato una procedura contro l'Assicurato o è stato indennizzato da quest'ultimo.

La prescrizione è portata a dieci anni nei contratti di assicurazione sulla vita qualora il beneficiario sia una persona diversa dal Sottoscrittore e, nei contratti di assicurazione contro gli infortuni delle persone, qualora i beneficiari siano gli aventi diritto dell'Assicurato deceduto.

Per i contratti di assicurazione sulla vita, ferme restando le disposizioni del 2° comma, le azioni del beneficiario si prescrivono entro al massimo 30 anni dal decesso dell'Assicurato.»

Articolo L114-2 «La prescrizione viene interrotta da una delle cause ordinarie di interruzione della prescrizione [riconoscenza del debitore del diritto di colui contro il quale prescriveva (articolo 2240 del codice civile), atto di esecuzione forzata (articolo 2240 del codice civile), citazione in giudizio, anche nel quadro di una procedura urgente (articolo 2241 del codice civile) e dalla designazione di periti a seguito di un sinistro. L'interruzione della prescrizione dell'azione può

anche risultare dall'invio, da parte dell'Assicuratore, di una lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'Assicurato relativamente all'azione inerente al pagamento del premio e da parte dell'Assicurato all'Assicuratore relativamente al pagamento dell'indennizzo.»

3.7 DISPOSIZIONI VARIE

Tutte le comunicazioni relative all'assicurazione e che spettano al sottoscrittore devono essere inviate a:

Per le spese mediche inferiori a 500€:

www.chapkadirect.it/sinistre

Per le spese mediche superiori a 500€



**AON FRANCE /
CHAPKA ASSURANCES**

31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
Francia

Aon France/Chapka Assurances 31-35 rue de la Fédération 75717 Parigi Cedex 15, opera come rappresentante dell'assicuratore per la gestione delle prestazioni del presente contratto,

- Aon France agente in qualità di mandatario dell'assicuratore per la gestione delle altre disposizioni del contratto: info@chapka.fr o tramite posta a Aon France/Chapka Assurances- 31-35 rue de la Fédération- 75717 Parigi cedex 15

Qualsiasi comunicazione spettante all'assicuratore sarà validamente inviata all'ultimo domicilio indicato dal sottoscrittore.

3.7.1. LEGGE «INFORMATICA E LIBERTÀ»

Conformemente alla normativa europea e francese in materia di dati personali, ivi compreso il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali n°2016/679 del 27 aprile 2016 (detto «GDPR») e la legge francese modificata n° 78-17 del 6 gennaio 1978 sull'informatica, i file e le libertà (detta «legge Informatica e Libertà»), l'assicurato ammette di essere stato informato dall'assicuratore nella sua veste di co-responsabile del trattamento dei dati personali raccolti in merito a quanto segue:

L'assicuratore e il broker hanno designato dei delegati per la protezione dei dati personali che possono essere contattati:

- Per il broker, via email a donnees.personnelles@aon.com o a mezzo lettera Aon France/Chapka Assurances, 31-35 rue de la Fédération 75015, Paris.
- Per l'assicuratore, via email a dpo@malakoffmederic-humanis.com o a mezzo lettera: Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Parigi Cedex.

1 I dati personali dell'assicurato possono essere raccolti e trattati con le seguenti finalità:

- la sottoscrizione, la gestione e l'esecuzione del contratto assicurativo, nonché la gestione o l'esecuzione di qualsiasi altro contratto sottoscritto presso l'assicuratore tramite il broker o altre società del gruppo Malakoff Médéric Humanis al quale appartiene l'assicuratore; ivi compreso, nella nostra veste di ente assicuratore, l'utilizzo del numero di previdenza sociale dell'assicurato per la gestione, se del caso, dei rischi associati all'assicurazione integrativa malattia e previdenza conformemente al Pacchetto di conformità « Assicurazione » dell'autorità francese di vigilanza in materia di privacy (CNIL) di novembre 2014 (detto «Pack Assicurazione»);
- la gestione del parere dell'assicurato circa i prodotti, servizi o contenuti proposti dall'assicuratore o dai suoi partner;

- la risoluzione dei ricorsi relativi alla gestione dei reclami e delle controversie;
- l'elaborazione di statistiche, ivi comprese commerciali, di studi attuariali o di altre analisi di ricerca e sviluppo;
- l'attuazione delle disposizioni legali, normative e amministrative in vigore, ivi comprese quelle relative alla lotta contro le frodi, che possono condurre alla sua iscrizione nell'elenco di persone che presentano un rischio di frode e alla lotta contro il riciclaggio di denaro e il finanziamento del terrorismo.

L'assicuratore e il broker si impegnano a non trarre vantaggio dai dati personali dell'assicuratore per finalità diverse da quelle precitate.

L'assicurato riconosce che la raccolta e il trattamento dei suoi dati personali (ivi compresi i dati identificativi, i dati relativi alla sua situazione familiare, economica, patrimoniale e finanziaria, professionale, alla sua vita personale, alla salute, alla valutazione del rischio, alla gestione del contratto...) sono necessari per la gestione e l'esecuzione del contratto.

Il trattamento, per una o più finalità determinate specificatamente, dei dati relativi alla salute dell'assicurato, dati sensibili ai sensi dell'articolo 8 della legge «Informatique et libertés» e dell'articolo 9 del GDPR, è soggetto al suo consenso scritto e preventivo per una o più finalità specificatamente sopra elencate. In pratica la firma del contratto di assicurazione e/o la firma di un formulario individuale di affiliazione implica il consenso dell'assicurato.

I destinatari dei dati personali dell'assicurato sono, nei limiti delle loro rispettive competenze e secondo le finalità: i servizi dell'assicuratore e del gruppo Malakoff Médéric Humanis nonché Aon France il cui personale è incaricato del trattamento relativo a tali dati, nonché i subappaltatori, i delegati di gestione, gli intermediari, i riassicuratori, gli enti professionali autorizzati, le consociate e le società esterne, nonché i sottoscrittori del contratto.

I dati relativi alla salute dell'assicurato sono destinati al Servizio medico dell'assicuratore e del broker e a qualsiasi persona posta sotto la responsabilità del Servizio medico e non sono in alcun caso utilizzati a fini commerciali.

L'assicuratore e il broker si impegnano a far sì che i dati personali dell'assicurato non siano in alcun caso trasmessi a terzi.

I dati personali relativi alla salute dell'assicurato sono trattati in condizioni tali da garantirne la sicurezza, in particolare mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative rigorose adatte al rischio elevato che grava su tali dati.

I periodi di conservazione dei dati personali trattati nell'ambito della gestione dei contratti di assicurazione e della relazione con l'assicurato variano in funzione delle finalità sopra indicate e sono conformi alle raccomandazioni della CNIL e in particolare ai periodi previsti dal *Pack Assurance*. In ogni caso, il calcolo di tali periodi viene effettuato in funzione delle finalità per le quali vengono raccolti i dati, della durata del rapporto contrattuale, degli obblighi di legge dell'assicuratore e dei requisiti di legge applicabili.

L'assicuratore e le sue consorziate si impegnano (1) ad assumere le misure tecniche ed organizzative appropriate al fine di garantire un livello di sicurezza e di riservatezza adeguati al rischio derivante dal trattamento dei dati dell'assicurato e (2) a notificare alla CNIL e all'assicurato l'eventuale violazione dei suoi dati entro i limiti e alle condizioni degli articoli 33 e 34 del GDPR.

I dati utilizzati a fini statistici fanno oggetto di un'anonimizzazione preventiva mediante interventi tecnici che impedisca ogni rischio di reindividuazione delle persone. Le disposizioni della normativa sulla protezione dei dati non si applicano a tali dati.

2 L'assicurato dispone del diritto di richiedere l'accesso ai propri dati personali, la rettifica e la cancellazione dei medesimi e di decidere della destinazione di tali dati, post mortem. L'assicurato dispone inoltre del diritto di opporsi al trattamento per giustificati motivi, di limitare il trattamento cui vengono sottoposti i dati e di un diritto alla portabilità dei dati personali nei limiti fissati dalla legge. Infine, ha la facoltà di opporsi, in qualsiasi momento e senza spese, alle promozioni commerciali, ivi compreso quando vengono realizzate in modo mirato. Questi diritti possono essere esercitati fornendo le proprie

generalità via mail a sgil.assurance@malakoffmederic.com o a mezzo lettera a Malakoff Médéric, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Parigi Cedex 9.

Questi diritti possono essere esercitati giustificando della sua identità:

- al broker, tramite email, a donnees.personnelles@aon.com o tramite posta a Aon France/Chapka assurances, 31-35 rue de la Fédération 75015, Parigi.
- all'assicuratore, via email a dpo@malakoffmederic-humanis.com o tramite posta a Malakoff Médéric Humanis, Pôle Informatique et Libertés Assurance, 21 rue Laffitte 75317 Parigi Cedex Per informazione, l'assicurato dispone inoltre del diritto di iscriversi su una cosiddetta lista Robinson che riguarda le telefonate commerciali non richieste, gestita dalla società Opposetel. Per ulteriori informazioni: www.bloctel.gouv.fr.

3.7.2 ORGANISMO DI CONTROLLO DELL'ASSICURATORE

L'autorità incaricata del controllo di Quatrem è l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIGI cedex 09.

3.7.3 RECLAMI - MEDIAZIONE

In caso di difficoltà di applicazione del presente contratto, il sottoscrittore, l'assicurato e i beneficiari possono contattare inizialmente il loro consulente abituale. Qualora la richiesta non venga soddisfatta, il reclamo può essere indirizzato a:

Ufficio Reclami di Chapka Assurances:

- mediante email a: reclamation@chapka.fr
- o scrivendo al seguente indirizzo: Aon France/Chapka Assurances – 31-35 rue de la Fédération – 75717 Parigi Cedex 15

Una volta esaurite le procedure di trattamento dei reclami dell'assicuratore e qualora non sia stata trovata alcuna soluzione con il medesimo, il sottoscrittore, l'assicurato e i beneficiari possono rivolgersi alla Médiation de l'assurance pour les litiges, mediazione per la risoluzione delle controversie nell'ambito assicurativo di loro competenza, al seguente indirizzo: www.mediation-assurance.org o a mezzo lettera a La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIGI Cedex 09.

In mancanza di una composizione amichevole della controversia, qualsiasi difficoltà fra le parti legata all'esecuzione o all'interpretazione del contratto verrà proposta davanti al giudice competente.

3.7.4 SURROGAZIONE

Conformemente all'articolo L.121-12 del Codice delle assicurazioni, l'assicuratore si surroga nei diritti e nelle azioni dell'assicurato nei confronti di terzi responsabili per un importo corrispondente alle prestazioni di natura indennitaria versate in applicazione del contratto.

3.7.5 TRIBUNALE COMPETENTE

I riferimenti contrattuali alla normativa previdenziale, fiscale e delle assicurazioni, nonché al diritto di famiglia, sono quelli applicabili nell'ambito del diritto francese.

Qualsiasi difficoltà legata all'esecuzione o all'interpretazione del presente contratto sarà, in mancanza di composizione amichevole, proposta davanti al Tribunal de Grande Instance di Parigi.

4. CONTRIBUTO

4.1. BASE IMPONIBILE E IMPORTO DEL CONTRIBUTO

Il contributo unico è espresso in euro, in particolare in funzione dell'età dell'assicurato, della durata e, se del caso, del luogo di soggiorno temporaneo.

Il contributo viene fissato in base a questi criteri alla data di entrata in vigore dell'adesione ed è indicata sul certificato di adesione dell'assicurato.

4.2. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Il contributo unico menzionato nel contratto di adesione è pagabile anticipatamente, nei 10 giorni dalla data alla quale è stata rilasciato il certificato di adesione.

Il pagatore del contributo è l'unico responsabile del suo pagamento nei confronti dell'assicuratore.

In caso di rientro definitivo anticipato nel paese di Domicilio, l'assicuratore rimborserà, se del caso, la parte del contributo corrispondente al periodo durante il quale il rischio non è stato sostenuto. In **questo caso, le disposizioni dell'articolo 2.4.2.2 (In caso di rientro anticipato nel paese di Domicilio) non sono di applicazione.**

4.3. IMPOSTE E CONTRIBUTI

Qualsiasi contributo o imposta applicabile o che potrebbe essere applicata al contratto e il cui recupero non è vietato, sarà a carico del debitore del contributo e versato al medesimo momento di quest'ultimo.

4.4. MANCATO PAGAMENTO

La responsabilità dell'assicuratore è impegnata unicamente dal versamento del contributo unico all'adesione.

In caso di mancato pagamento del contributo precisato nel certificato di adesione, trascorsi 10 giorni dal termine di pagamento, Aon France /Chapka Assurances, delegata dal sottoscrittore a tale scopo, invierà una lettera raccomandata di ingiunzione di pagamento.

Conformemente all'articolo L141-3 del Codice delle Assicurazioni, il mancato pagamento di un contributo trascorso il termine di 40 giorni dall'invio della lettera di ingiunzione, comporta legittimamente l'esclusione dell'aderente al contratto la cui adesione viene pertanto risolta.



Aon France

con denominazione commerciale **Chapka Assurances.**

Sede sociale

31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560

SAS con capitale di 46 027 140 euro

414 572 248 RCS Parigi

N° de TVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248

Garanzia finanziaria e assicurazione della responsabilità civile professionale compatibili con le disposizioni degli articoli L.512-7 e L.512-6 del Codice delle Assicurazioni



CAP VOLONTARIATO



- Bagagli e effetti personali
- RC vita privata e RC locativa all'estero
- Individuale infortunio
- Assistenza
- Infortunio in viaggio

TABELLA DEGLI IMPORTI DI GARANZIA

GARANZIE ASSICURATIVE

IMPORTI TASSE COMPRESSE* / PERSONA

BAGAGLI E OGGETTI PERSONALI	
Durante tutta la durata del soggiorno: in caso di furto con scasso o aggressione	2.000€
Durante il trasporto: in caso di distruzione totale o parziale, di perdita durante il trasporto effettuato da una compagnia aerea	Franchigia 25€ per pratica
Oggetti preziosi	Limitati al 50 % dell'importo della garanzia
Indennità per il ritardo di consegna dei bagagli oltre 24 ore	150 €
Spese per il rinnovo dei documenti di identità	150 €
INDIVIDUALE INFORTUNIO IN VIAGGIO	
Capitale in caso di morte	10.000 €
Capitale in caso di invalidità Permanente Totale	50.000 €
RESPONSABILITÀ CIVILE VITA PRIVATA ALL'ESTERO	
Limite globale di garanzia:	4.000.000 € / evento
- di cui danni alla persona e danni immateriali legati a danni alla persona garantiti	4.000.000 € / evento
- di cui danni materiali e danni immateriali legati a danni materiali garantiti	450.000 € / evento
Franchigia	80 €

*Tasso applicabile secondo la normativa in vigore

GARANZIE ASSICURATIVE

IMPORTI TASSE COMPRESSE* / PERSONA

RESPONSABILITÀ CIVILE ALL'ESTERO	
Responsabilità civile locativa all'estero	100.000 € / evento
Franchigia	80 €

RITARDO AEREO	
Ritardo aereo con relativa perdita della coincidenza per motivi tecnici o atmosferici	Versamento di un'indennità forfettaria pari a 300 €

**Tasso applicabile secondo la normativa in vigore*

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

IMPORTI TASSE COMPRESSE* / PERSONA

ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CASO DI MALATTIA, FERITE O DECESSO	
Trasporto/Rimpatrio	Spese effettive
Rientro degli accompagnanti e assunzione delle spese di soggiorno	Biglietto di ritorno e 50 € a notte (massimo 500 €)
Presenza durante il ricovero ospedaliero	Biglietto A/R e 50 € a notte (massimo 500 €)
Proroga del soggiorno dell'Assicurato	Biglietto di ritorno e 50 € a notte (massimo 500 €)
Rientro anticipato in caso di ricovero ospedaliero o di decesso di un familiare	Biglietto Andata / Ritorno
Trasporto della salma	Spese effettive
Spese per la bara o per l'urna	2.000 €

ASSISTENZA VIAGGIO	
Anticipo della cauzione penale all'estero	7.500 €
Assunzione degli onorari di avvocato all'estero	3.000 €
Spese di ricerca e di soccorso in mare e in montagna	5.000 € / persona e 25.000 € / evento
Trasmissione di messaggi urgenti (solo dall'estero)	
Spedizione di farmaci	Costi di spedizione
Assistenza in caso di furto, perdita o distruzione dei documenti d'identità o dei mezzi di pagamento	Anticipo di fondi pari a 500 €
Sostegno psicologico	3 telefonate

**Tasso applicabile secondo la normativa in vigore*



Aon France

con denominazione commerciale **Chapka Assurances.**

Sede sociale

31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
SAS con capitale di 46 027 140 euro
414 572 248 RCS Parigi
N° de TVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248

Garanzia finanziaria e assicurazione della responsabilità civile professionale compatibili con le disposizioni degli articoli L.512-7 e L.512-6 del Codice delle Assicurazioni



CAP VOLONTARIATO



ALCUNI CONSIGLI

PRIMA DI PARTIRE ALL'ESTERO

- Ricordatevi di munirvi di formulari adatti alla durata e alla natura del vostro viaggio, nonché al Paese al quale viaggiate (esiste una normativa specifica per lo Spazio Economico Europeo).

Questi formulari vengono rilasciati dalla Previdenza Sociale alla quale siete affiliati allo scopo di usufruire, in caso di malattia o di infortunio, di una presa a carico diretta delle vostre spese dal medesimo organismo.

- Se viaggiate in un Paese che non fa parte dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (SEE), prima della vostra partenza siete tenuti ad informarvi per verificare se il Paese in oggetto ha concluso un accordo di Previdenza sociale con Italia. A tal fine, dovete contattare la vostra Previdenza Sociale per sapere se il vostro caso rientra nel campo di applicazione di detta convenzione e se dovete espletare alcune formalità (ritirare un formulario, ecc.).
- Per la Svizzera, esistono accordi specifici per i soggiorni dei residenti svizzeri nell'Unione Europea e AELE. Prima della vostra partenza dovete verificare se il vostro Paese di destinazione ha concluso un accordo di Previdenza sociale con la Svizzera. A tal fine, potete contattare la Cassa malattia alla quale siete affiliati per l'assicurazione malattia obbligatoria per sapere se la copertura viene applicata durante l'intera durata del soggiorno all'estero e se dovete espletare alcune formalità (ritirare un formulario, ecc.). Il presente contratto non si sostituisce all'assicurazione malattia e infortuni obbligatoria presso la quale dovete restare assicurati.

Per ulteriori informazioni potete inoltre rivolgervi all'Institution commune LAMal, al seguente indirizzo:

Institution Commune LAMal, Gibelinstrasse25,
CH-4503 Soleure, Svizzera
www.kvg.org – info@kvg.org
Tel. : +41 (0)32 625 30 30 – Fax : +41 (0)32 625 30 90

Per ottenere tali documenti, prima della vostra partenza dovete rivolgervi all'ente competente (in Italia alla vostra Cassa Malattia).

- Se state seguendo un trattamento, non dimenticate di portare con voi i farmaci di cui avete bisogno e informatevi circa le condizioni di trasporto dei medesimi in funzione dei vostri mezzi di trasporto e della vostra destinazione.
- Nella misura in cui non possiamo sostituirvi ai servizi d'emergenza, vi consigliamo, particolarmente se praticate un'attività fisica o motrice a rischio, o se viaggiate in una zona isolata, di assicurarvi preventivamente che un dispositivo di emergenza sia stato stabilito dalle autorità competenti del Paese in oggetto per rispondere ad eventuali richieste di aiuto.

- In caso di perdita o di furto delle vostre chiavi, risulta importante conoscere il numero di riferimento. Vi preghiamo di prendere la precauzione di prendere nota dei relativi riferimenti.
- Inoltre, in caso di perdita o di furto dei vostri documenti d'identità o dei vostri mezzi di pagamento, risulta più facile richiedere tali documenti se avete avuto l'accortezza di fare delle fotocopie dei documenti e di annotare i numeri del passaporto, della carta d'identità e della carta bancaria, dati che devono essere conservati a parte.

SUL POSTO

Se Lei si ammala o è ferito deve contattarci rapidamente, dopo aver avuto cura di contattare i soccorsi d'emergenza (servizio sociale d'emergenza, pompieri, ecc.) ai quali non possiamo sostituirvi.

N.B.

Alcune patologie possono rappresentare un limite per le condizioni di applicazione del contratto. Vi consigliamo di leggere attentamente le presenti Disposizioni Generali.

SANZIONI INTERNAZIONALI

L'Assicuratore non offrirà alcuna copertura né pagherà alcun sinistro né provvederà a corrispondere alcun beneficio o servizio descritto nella polizza qualora ciò possa esporre l'Assicuratore a sanzioni, proibizioni o restrizioni previste da risoluzioni delle Nazioni Unite o da sanzioni commerciali ed economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea e degli Stati Uniti d'America. Per ulteriori dettagli, si rimanda al sito internet: <https://www.europ-assistance.com/en/who-we-are/international-regulatory-information>

ATTENZIONE

La copertura della presente polizza sarà prestata solo se vengono rispettate le raccomandazioni ufficiali di viaggio emesse da un'autorità governativa del proprio paese di residenza alla data di partenza. Le raccomandazioni includono le "controindicazioni di viaggio e l'indicazione di effettuare solo i viaggi indispensabili".

SEZIONE 1 - TERMINI E CONDIZIONI GENERALI

1. OGGETTO DEL CONTRATTO

L'oggetto delle presenti Termini e Condizioni Generali del contratto di assicurazione e di assistenza sottoscritta dal Contraente per conto dei suoi membri Assicurati presso Europ Assistance, società disciplinata dal Codice francese delle assicurazioni, è di definire i diritti e gli obblighi reciproci di EUROP ASSITANCE e degli Assicurati definiti in appresso.

Il presente contratto è disciplinato dal Codice delle Assicurazioni e presentato da Aon France agente con il nome commerciale Chapka Assurances. Sede sociale | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Parigi Cedex 15 | N° ORIAS 07 001 560 | SAS con un capitale di 46 027 140 euro | 414 572 248 RCS Paris | N° IVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248. Garanzia finanziaria e assicurazione di responsabilità civile professionale conformi agli articoli L. 512-7 e L. 512-6 del Codice francese delle assicurazioni.

2. ENTRATA IN VIGORE, DURATA E RINNOVO DELL'ADESIONE

A. DATA DI ENTRATA IN VIGORE, DURATA, RINNOVO DELL'ADESIONE

L'adesione al presente contratto entra in vigore alla data indicata sul certificato di adesione e non prima della data di inizio del soggiorno temporaneo con riserva del versamento di un contributo unico.

L'adesione viene sottoscritta per la durata del soggiorno temporaneo dichiarata nella richiesta di adesione e indicata nel certificato di adesione. La data di entrata in vigore dell'adesione è inoltre indicata nel certificato di adesione.

Con riserva del pagamento del contributo, e salvo riluttanza, omissione, dichiarazione irregolare o inesatta fatta in malafede dall'Assicurato, il medesimo non può essere cancellato dall'assicurazione contro la sua volontà qualora soddisfi le condizioni di adesione menzionate nei glossari (Assicurato).

B. CESSAZIONE DELL'ADESIONE

L'adesione al contratto termina per l'Assicurato:

- alla data in cui non soddisfa più le condizioni di adesione menzionate (Assicurato), precisando che in caso di proroga del soggiorno temporaneo, una nuova adesione potrà essere sottoscritta previo accordo esplicito dell'Assicuratore,
- alla data in cui non è più membro dell'associazione sottoscrittrice,
- alla data in cui cambia paese di soggiorno temporaneo comunicato all'atto dell'adesione eccetto in caso di Vacanza;
- alla data del suo rientro definitivo nel suo paese di domicilio,
- alla data del termine del soggiorno temporaneo menzionata sul certificato di adesione,
- alla data di rescissione del contratto da parte dell'Assicuratore o del Sottoscrittore.

C. PERIODO DI CARENZA

Fatto salvo il pagamento del contributo corrispondente, le garanzie entrano in vigore trascorso un periodo di carenza di:

* DODICI giorni consecutivi negli altri casi quando la data di entrata in vigore dell'adesione è successiva alla data d'inizio del soggiorno temporaneo.

Il periodo di carenza è un periodo durante il quale l'Assicurato non è garantito, viene calcolato a partire dalla data di entrata in vigore dell'adesione menzionata nel certificato di adesione. Non si applica in caso di infortunio sulle persone accertato

da un'autorità competente e debitamente giustificato da un verbale di polizia. Non verrà versata alcuna prestazione qualora non sia stato pagato il contributo.

Le garanzie terminano nei casi previsti all'articolo B. (Cessazione dell'adesione), quando l'Assicurato all'estero ha rifiutato il rimpatrio proposto, in ogni caso alla data di rientro definitivo dell'Assicurato nel suo paese di domicilio.

DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dalla Polizza se il periodo di copertura è superiore ad un mese e l'Adesione è stata perfezionata tramite tecniche di vendita a distanza (ad esempio telefono, e-mail o sito web).

In questo caso Lei può recedere entro un termine di 14 giorni dalla data di inizio dell'Adesione mediante lettera indirizzata a (si consiglia spedizione a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricezione):

CHAPKA ASSURANCES / AON FRANCE Servizio clienti



31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15
FRANCIA

(è consigliato l'invio mediante lettera
raccomandata con ricevuta di ritorno)

Lei può utilizzare il seguente modello: «Il sottoscritto, (Sig./ Sig.a nome completo, indirizzo) intende recedere dalla Polizza alla quale ho aderito il (data) Firma».

Rimborseremo tutti gli importi pagati entro un massimo di trenta (30) giorni lavorativi dalla ricezione della Sua richiesta a condizione che non sia stata ricevuta o non stia per essere ricevuta alcuna richiesta di indennizzo o denuncia di sinistro, e che non si sia verificato alcun evento che possa verosimilmente dare origine a tale richiesta o denuncia.

3. NATURA DEI VIAGGI CONTEMPLATI DAL CONTRATTO

I viaggi effettuati all'estero nell'ambito del programma "Cap Volontariato" per i viaggiatori dai 18 ai 65 anni e la cui durata non è superiore a 12 mesi consecutivi.

4. ZONA GEOGRAFICA CONTEMPLATA DAL CONTRATTO

Le garanzie assicurative e le prestazioni di assistenza vengono applicate in tutto il mondo ad eccezione dei seguenti paesi e territori: Corea del Nord, Siria, Crimea, Venezuela, Iran.

Per ottenere informazioni prima della partenza, vi invitiamo a contattare i nostri punti vendita o il nostro Servizio Relazioni Clienti telefonando al numero +33 (0)1 41 85 85 41.

5. PAGAMENTO DEL CONTRIBUTO

Il pagamento del contributo unico che figura sul certificato di adesione va effettuato in anticipo dall'Assicurato.

Il pagatore del contributo è l'unico responsabile del pagamento nei confronti dell'Assicuratore.

In caso di rientro definitivo anticipato nel paese di Domicilio o in caso di rientro definitivo anticipato in Italia, l'Assicuratore rimborserà, se del caso, la parte del contributo che corrisponde al periodo durante il quale il rischio non è stato assunto.

6. LIQUIDAZIONE DELLE RICHIESTE DI INDENNIZZO

La liquidazione di qualsiasi sinistro rientrante in una delle coperture acquistate avverrà entro 5 giorni da quando viene ricevuta la documentazione idonea a provare la perdita, o

è stato accettato da noi un accordo transattivo relativo alla richiesta di indennizzo.

Il pagamento di qualunque indennizzo dovuto all'Assicurato verrà effettuato nella medesima valuta utilizzata dall'Assicurato per il pagamento del premio.

In relazione alle coperture di assistenza, Lei deve contattarci immediatamente nel momento in cui si verifica l'evento assicurato. Se noi non abbiamo direttamente prestatato assistenza ed è comunque previsto un rimborso ai sensi della copertura, Lei è tenuto a fornire prova delle circostanze rilevanti.

7. FALSE DICHIARAZIONI

Se cambiano l'oggetto del rischio o ne diminuiscono il nostro parere:

- qualunque reticenza o dichiarazione intenzionalmente falsa da parte sua comporta la nullità del contratto. I premi pagati restano acquisiti in capo a noi e noi avremo il diritto di esigere il pagamento dei premi scaduti.
- qualunque omissione o dichiarazione inesatta da parte sua la cui malafede non è stabilita comporta la risoluzione del contratto 10 giorni dopo la notifica che le sarà indirizzata mediante lettera raccomandata e/o l'applicazione della riduzione delle indennità.

In caso di Sinistro o richiesta di intervento a titolo delle garanzie assicurative e/o delle prestazioni di assistenza (previste dalle presenti Termini e Condizioni Generali), qualora lei, scientemente, utilizzi quali giustificativi dei documenti inesatti o mezzi fraudolenti o faccia dichiarazioni inesatte o reticenti, lei decadrà da qualunque diritto alle garanzie assicurative e alle prestazioni di assistenza previste dalle presenti Termini e Condizioni Generali, per le quali sono richieste tali dichiarazioni.

8. LEGGE APPLICABILE E CORTE COMPETENTE

La Polizza sarà soggetta alle Leggi della Repubblica Italiana.

Qualunque controversia o lite derivante da o relativa alla Polizza, al rapporto contrattuale instaurato con l'Adesione, al loro oggetto o conclusione (comprese controversie e liti extra-contrattuali) sarà soggetta alla giurisdizione esclusiva dei Tribunali della Repubblica Italiana.

9. PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalla presente Polizza non possono essere esercitati dall'Assicurato dopo che siano trascorsi due anni dalla data dell'evento da cui origina il diritto.

In relazione alle coperture per responsabilità il termine ha inizio dalla data in cui il terzo ha avviato un'azione o presentato una richiesta di risarcimento contro l'Assicurato.

10. PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Scopo della presente informativa sulla privacy è illustrare come, e per quali finalità, utilizziamo i Suoi Dati Personali. La invitiamo a leggere attentamente questa informativa sulla privacy.

1. QUALE PERSONA GIURIDICA UTILizzerà I SUOI DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento è:

- Chapka Assurance agente con il nome commerciale Aon France. Sede sociale | 31-35 rue de la Fédération | 75717 Parigi Cedex 15 | N° ORIAS 07 001 560
- L'Assicuratore Europ Assistance S.A. filiale irlandese, la cui sede principale si trova al 4th Floor, 4-8 Eden Quay, Dublino 1, D01N5W8, Irlanda; la filiale è iscritta al numero 907089 presso l'Ufficio del Registro delle Società irlandese. Europ

Assistance S.A. è una società sottoposta alla disciplina del Codice delle Assicurazioni francese, avente sede legale al 1, Promenade de la Bonnette, 92230 Genevilliers, Francia, costituita in forma di société anonyme iscritta nel Registro delle Imprese e delle Società di Nanterre al numero 450 366 405.

Qualora Lei desideri porre qualunque domanda riguardante il Trattamento dei Suoi Dati Personali o qualora intenda esercitare un diritto in relazione ai Suoi Dati Personali, può contattare il Responsabile per la Protezione Dati al seguente indirizzo:

AON FRANCE / CHAPKA ASSURANCES



31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15
FRANCIA

donnees.personnelles@aon.com

EUROP ASSISTANCE SA IRISH BRANCH - DPO



4/8 Eden Quay
D01N5W8
Dublino
IRLANDA

EAGlobalDPO@europ-assistance.com

2. IN CHE MODO UTILIZZIAMO I SUOI DATI PERSONALI

L'Assicuratore utilizzerà i Suoi Dati Personali per:

- Sottoscrizione di contratti di assicurazione e gestione del rischio;
- Sottoscrizione e gestione delle polizze;
- Gestione delle richieste di risarcimento.

L'Assicuratore ha diritto di trattare i Suoi Dati Personali in quanto necessari alla conclusione ed all'esecuzione dei contratti.

3. QUALI DATI PERSONALI UTILIZZIAMO

Verranno sottoposti a trattamento solo i Dati Personali strettamente necessari per le predette finalità.

In particolare, L'Assicuratore sottoporrà a trattamento:

- Nome, indirizzo e documento identificativo;
- informazioni bancarie.

4. CON CHI CONDIVIDIAMO I SUOI DATI PERSONALI

Possiamo condividere tali Dati Personali con altre società del gruppo Europ Assistance o con le società appartenenti al Gruppo Generali, con organizzazioni esterne come i nostri revisori, riassicuratori o co-assicuratori, gestori di sinistri, agenti, distributori che di volta in volta dovranno fornire i servizi coperti dalla Sua polizza di assicurazione e con tutte le altre entità che svolgono attività tecnica, organizzativa o operativa a supporto dell'assicurazione. Tali organizzazioni o entità possono chiederle un consenso separato per il trattamento dei Suoi Dati Personali per le proprie finalità.

5. PERCHÉ È NECESSARIO CHE LEI CI FORNISCA I SUOI DATI PERSONALI

La raccolta dei Suoi Dati Personali è necessaria al fine di consentirci di offrire e gestire la polizza, gestire le Sue richieste di indennizzo, nel contesto delle attività di riassicurazione o co-assicurazione, per effettuare controlli o verifiche della soddisfazione, per controllare perdite e frodi, per rispettare i nostri obblighi legali e, più in generale, per svolgere la nostra

attività assicurativa. Se Lei non ci fornisce i Suoi Dati Personali, non saremo in grado di fornire i servizi previsti dalla Polizza.

6. DOVE TRASFERIAMO I SUOI DATI PERSONALI

Possiamo trasferire tali Dati Personali verso paesi, territori o organizzazioni che si trovano al di fuori dell'Area Economica Europea (AEE) e che la Commissione Europea non ritiene garantiscano un adeguato livello di protezione, come ad esempio gli USA. In tale caso, il trasferimento dei Suoi dati personali verso entità non comunitarie avverrà a seguito dell'applicazione di adeguate garanzie, nel rispetto della legislazione applicabile. Lei ha diritto di ottenere le informazioni e, ove rilevante, una copia delle adeguate garanzie adottate per il trasferimento dei Suoi Dati Personali al di fuori della AEE contattando il Responsabile per la Protezione Dati.

7. I SUOI DIRITTI RELATIVI AI SUOI DATI PERSONALI

Lei può esercitare i seguenti diritti in relazione ai Suoi Dati Personali:

- **Accesso** – Lei può richiedere di avere accesso ai Suoi Dati Personali;
- **Rettifica** – Lei può chiedere all'Assicuratore di correggere i Dati Personali che siano imprecisi o incompleti;
- **Cancellazione** – Lei può chiedere all'Assicuratore di cancellare i Dati Personali ove sussista uno dei seguenti motivi:
 - a. I Dati Personali non siano più necessari in relazione allo scopo per cui sono stati raccolti o altrimenti trattati;
 - b. Lei revoca il consenso su cui è basato il trattamento e non esiste altra base giuridica per il trattamento;
 - c. Lei si oppone al trattamento sulla base del diritto di opporsi previsto dall'articolo 21 (1) del Regolamento UE 2016/679, e non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento, o Lei si oppone al trattamento avente finalità di marketing diretto;
 - d. I Dati Personali sono stati trattati in modo illecito;
 - e. I Dati Personali devono essere cancellati per adempiere un obbligo legale previsto dal diritto dell'Unione Europea o dello Stato Membro cui è soggetta l'Assicuratore.
- **Limitazione** – Lei può chiedere all'Assicuratore di limitare le modalità con cui tratta i Suoi Dati Personali quando ricorra una delle seguenti ipotesi:
 - a. Lei contesta l'accuratezza dei Suoi Dati Personali, per il periodo necessario all'Assicuratore per verificare l'accuratezza dei Suoi Dati Personali;
 - b. Il trattamento è illecito e Lei si oppone alla cancellazione dei Dati Personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo;
 - c. L'Assicuratore non ha più necessità dei Dati Personali ai fini del trattamento, ma questi sono richiesti da Lei per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
 - d. Lei si è opposto al trattamento sulla base del diritto di opporsi previsto dall'articolo 21 (1) del Regolamento UE 2016/679, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.
- **Portabilità** – Lei può chiedere all'Assicuratore di trasferire i Dati Personali che ci ha fornito a un'altra organizzazione e/o può chiedere di ricevere i Suoi Dati Personali in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico.

I Suoi diritti, compreso il diritto di opposizione, possono essere esercitati contattando il funzionario responsabile della protezione dei dati dell'Assicuratore all'indirizzo:



EUROP ASSISTANCE SA - DPO

4/8 Eden Quay

D01N5W8

Dublino

IRLANDA

EAGlobalDPO@europ-assistance.com

La richiesta di esercitare i diritti è gratuita, a meno che la richiesta stessa sia manifestamente infondata o eccessiva.

8. COME PRESENTARE UN RECLAMO RELATIVO AI DATI PERSONALI

Lei ha diritto a presentare reclamo a una Autorità di controllo; le informazioni per contattare le autorità di controllo rilevanti sono riportate di seguito:

Irlanda:

Office of the Data Protection Commissioner. Canal House, Station Road, Portlington, Co. Laois, R32 AP23, Irlanda. info@dataprotection.ie

Italia:

Garante della protezione dei dati personali, mediante: (i) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio, 121 00186, Roma, Italia; (ii) email all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it; o (iii) fax al numero: 06 69677 3785.

9. PER QUANTO TEMPO CONSERVIAMO I SUOI DATI PERSONALI

Conserveremo i Suoi Dati Personali fino a quando sono necessari per le finalità indicate in precedenza, o fino a quando ciò è richiesto per legge.

11. COME UTILIZZARE I NOSTRI SERVIZI

A. SE AVETE BISOGNO DI ASSISTENZA (IN CASO DI INFORTUNIO GRAVE, DI RICOVERO OSPEDALIERO D'URGENZA, DI RIMPATRIO, DI RIENTRO ANTICIPATO PER MOTIVI DI SALUTE)

In caso di emergenza, è fondamentale contattare i servizi di soccorso locali per qualsiasi problema che rientra nell'ambito delle loro competenze. Non possiamo in alcun caso sostituirvi agli organismi locali di interventi di soccorso.

In ogni caso, il nostro intervento non può sostituire gli interventi dei servizi pubblici locali o di qualsiasi operatore al quale avremo l'obbligo di ricorrere secondo la normativa locale e/o internazionale.

Per consentirci di intervenire: vi raccomandiamo di preparare la vostra telefonata.

Vi chiederemo le seguenti informazioni:

- il vostro nome e cognome,
- il luogo preciso dove vi trovate, l'indirizzo e il numero di telefono dove potete essere raggiunti,
- il vostro numero di contratto.

Dovrete obbligatoriamente:

- telefonarci immediatamente al n° di telefono: **+33(0)1 41 85 93 16** fax : **+33(0)1 41 85 85 71**
- ottenere il nostro consenso previo prima di prendere qualsiasi iniziativa o di sostenere qualsiasi spesa,
- rispettare le soluzioni che raccomandiamo,
- fornirci tutti i particolari relativi al contratto sottoscritto,
- fornirci tutti i documenti giustificativi originali delle spese per le quali viene sollecitato il rimborso.

B. CONDIZIONI DI APPLICAZIONE DELLE GARANZIE E DELLE PRESTAZIONI

Ci riserviamo il diritto di richiedere tutti i documenti giustificativi necessari a sostegno di qualsiasi domanda di assicurazione o di assistenza (certificato di morte, prova del legame di parentela, prova dell'età dei figli, certificato di domicilio, prova di spesa, avviso di accertamento fiscale avendo previamente occultato tutti gli elementi che figurano sul medesimo eccetto il vostro nome, indirizzo e le persone che sono comprese nella vostra dichiarazione fiscale).

Interveniamo ad espressa condizione che l'evento che ci porta a fornire la prestazione sia incerto al momento della sottoscrizione e al momento della partenza.

Pertanto, non può essere coperto un Evento derivante da una malattia e/o ferita preesistenti diagnosticate e/o trattate e che siano state oggetto di un ricovero ospedaliero continuo, o di un ricovero ospedaliero diurno, o di un ricovero ospedaliero ambulatoriale nei 6 mesi che precedono la data di partenza, sia che si tratti della manifestazione o del peggioramento di detto stato.

C. INTENDETE DICHIARARE UN SINISTRO COPERTO A TITOLO DELLA /DELLE GARANZIA/E ASSICURATIVA/E:

Entro 2 giorni lavorativi a decorrere dal momento in cui siete a conoscenza del Sinistro per la garanzia «BAGAGLI E EFFETTI PERSONALI» in caso di furto e entro 5 giorni in tutti gli altri casi, voi o un'altra persona in vece vostra, siete tenuti a dichiarare il sinistro online sul nostro sito:

CHAPKA ASSURANCES Gestione Sinistri



Online:
<http://www.chapkadirect.it/sinistre>
+39 02 82 94 09 55

Gli uffici sono aperti dal lunedì al venerdì
dalle ore 9.00 alle 19.00

La richiesta di indennizzo riguarda le garanzie «Bagaglio e Effetti Personali», «Responsabilità Civile», «Individuale Infortunio», «Ritardo aereo» e «Spese mediche» (visita medica, ricovero ambulatoriale, visita medica anche d'urgenza, odontoiatria, farmacia...).

Dovete dichiarare il sinistro via il sito, che vi consentirà di scaricare facilmente tutti i documenti da fornire.

Potete inoltre consultare la mail che ricevete al momento della vostra adesione. La mail include una scheda riassuntiva di come dovete procedere in caso di sinistro e vi consente di scaricare il questionario medico.

Nel caso in cui tali termini non siano rispettati, per questo Sinistro perderete il beneficio delle garanzie del contratto se possiamo dimostrare che tale ritardo ci ha causato un pregiudizio.

D. COSA FARE DEI VOSTRI BIGLIETTI DI VIAGGIO?

Quando viene organizzato un trasporto e le relative spese vengono pagate, in applicazione delle clausole del contratto Lei si impegna a riservarci il diritto di utilizzare i biglietti di viaggio che possiede o a rimborsarci gli importi per i quali otterrebbe un rimborso presso l'organismo emittente del suo/i biglietto/i di viaggio.

E. DOCUMENTI ED INFORMAZIONI NECESSARI PER PRESENTARE UNA RICHIESTA DI INDENNIZZO

In caso Lei sia un cittadino degli Stati Uniti o sia residente negli Stati Uniti e abbia viaggiato a Cuba, Lei dovrà fornire le prove di aver viaggiato a Cuba secondo le leggi degli Stati Uniti, al fine di consentirci di fornirle un servizio o a corrisponderle un indennizzo.

12. PROCEDURA DI RECLAMO

Eventuali reclami che si desidera presentare in merito al rapporto contrattuale, in particolare per quanto riguarda l'assegnazione di responsabilità, l'efficacia del servizio, la quantificazione e il pagamento delle somme dovute alla persona autorizzata e / o alla gestione dei reclami, devono essere presentati per iscritto all'Assicuratore, anche via fax o posta elettronica, e indirizzati a:

CHAPKA ASSURANCES / AON FRANCE

Servizio Reclami



31-35 rue de la Fédération
75717 Paris Cedex 15
FRANCIA

E-mail: Reclamation@chapka.fr

Sul sito internet dell'Assicuratore è disponibile il modello da utilizzare per la presentazione dei reclami.

Una volta ricevuto il reclamo, il Responsabile Reclami provvederà a dare riscontro al reclamante entro 45 giorni dalla data in cui abbiamo ricevuto il reclamo, in osservanza al Regolamento ISVAP n. 24/2008.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo, per mancato o parziale accoglimento, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a

IVASS / SERVIZIO TUTELA DEGLI UTENTI Divisione Gestione Reclami



Via del Quirinale 21
00187 Roma

Fax 06 42133745 o 06 42133353,

Indirizzo PEC ivass@pec.ivass.it

compilando l'apposito modulo reso disponibile al seguente indirizzo https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf, corredato con:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo;
- copia del reclamo presentato all'Assicuratore e dell'eventuale riscontro ricevuto;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Fermo restando la facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, gli aventi diritto possono inoltre rivolgersi a:

- l'organismo di mediazione da noi individuato, ossia:

FINANCIAL SERVICES AND PENSIONS OMBUDSMAN



Lincoln House
Lincoln Place
Dublin 2, D02 VH29
Ireland

Phone: +353 1 567 7000

- per la risoluzione delle liti transfrontaliere, al sistema estero competente, ossia quello del paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto

(rintracciabile accendendo al sito <http://ec.europa.eu/internalmarket/finances-retail/finnet/indexen.htm>), chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

- per i contratti conclusi on-line, alla Commissione Europea utilizzando la piattaforma on - line della Commissione europea per la Risoluzione delle Controversie, che si trova al seguente indirizzo: <http://ec.europa.eu/consumers/odr>.

SEZIONE 2 - TERMINI E CONDIZIONI PARTICOLARI

BAGAGLI E EFFETTI PERSONALI

1. LE NOSTRE GARANZIE

Garantiamo, entro i limiti indicati nella Tabella degli Importi delle Garanzie, i vostri bagagli, oggetti e effetti personali, al di fuori del vostro Domicilio e del vostro luogo di soggiorno per:

- la perdita o il deterioramento dei bagagli e/o degli effetti personali da parte del vettore e/ o durante i trasferimenti organizzati dall'operatore di viaggio, dopo la registrazione dei bagagli in oggetto;
- il furto dei bagagli e/o degli effetti personali a seguito di un'intrusione o di un'aggressione;
- il deterioramento totale o parziale dei bagagli e/o degli effetti personali sopravvenuto durante il Soggiorno e dovuto ad un evento catastrofico, quale un incendio, un'inondazione, un crollo o un atto terroristico.

È considerato furto con scasso un furto in cui viene forzato, danneggiato o distrutto un dispositivo di chiusura, di un locale o di un veicolo qualora soddisfino le tre condizioni seguenti: chiuso, coperto e chiuso a chiave.

In caso di perdita, di deterioramento o di distruzione sopravvenuti mentre i Bagagli erano sotto la responsabilità del vettore e dopo essere stati registrati, interveniamo unicamente come complemento dell'indennizzo dell'impresa di trasporti.

2. LIMITAZIONE DEL RIMBORSO PER ALCUNI OGGETTI

Per gli oggetti preziosi, perle, gioielli e orologi indossati, pellicce, fucili da caccia, il valore del rimborso non potrà in nessun caso essere superiore al 50 % dell'importo dell'assicurazione garantito, indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia.

Inoltre, gli oggetti suindicati sono unicamente garantiti contro il furto. I gioielli sono coperti da garanzia contro il furto unicamente se sono indossati o custoditi in una cassaforte chiusa.

Se utilizzate un'autovettura privata, i rischi di furto sono coperti a condizione che i bagagli e gli effetti personali siano contenuti nella bagaglia e/o l'abitacolo del veicolo chiusi a chiave e lontani dagli sguardi. Solo il furto con scasso è coperto.

Se il veicolo è parcheggiato sulla strada pubblica, la garanzia è valida solo fra le ore 7 e le ore 22.

3. RITARDO NELLA CONSEGNA DEI BAGAGLI

Qualora i vostri bagagli personali, registrati presso il vettore aereo che vi ha trasportati, non vi sono consegnati all'aeroporto di destinazione del vostro viaggio di andata e vi vengono restituiti con oltre 24 ore di ritardo, vi verrà versata

un'indennità forfettaria stabilita nella Tabella degli Importi di Garanzia allo scopo di contribuire al rimborso delle spese che avete sostenuto per l'acquisto di prodotti di prima necessità (ovvero gli indumenti e i prodotti da toeletta che consentono all'Assicurato di far temporaneamente fronte all'indisponibilità dei propri effetti personali).

Quest'indennità non viene accumulata con la garanzia principale indicata nella Tabella degli Importi di Garanzia.

4. SPESE DI RINNOVO DEI DOCUMENTI D'IDENTITÀ

Qualora il vostro passaporto, carta d'identità, licenza del veicolo o patente di guida siano stati rubati, assumiamo i costi di rinnovo di tali documenti per l'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia, dietro presentazione dei documenti giustificativi e della denuncia.

5. ESCLUSIONI

Sono esclusi:

- il furto dei bagagli, gli effetti e gli oggetti personali lasciati incustoditi in un luogo pubblico o immagazzinati e accessibili a varie persone,
- la dimenticanza, la perdita (eccetto se da parte di un vettore), lo scambio
- Il furto senza scasso debitamente constatato e con il relativo verbale di un'autorità (polizia, gendarmeria, vettore, commissario di bordo, ecc.),
- il furto con inganno,
- Il furto commesso dal vostro personale durante l'esercizio delle sue funzioni,
- i danni involontari dovuti alla perdita di liquidi, di materie grasse, di coloranti o prodotti corrosivi contenuti nei vostri bagagli,
- la confisca di beni da parte delle autorità (dogana, polizia),
- i danni causati dalle tarme e dai roditori, nonché dalle bruciature di sigaretta o da una fonte di calore non incandescente,
- il furto commesso in una macchina decapottabile; la garanzia rimane attiva a condizione che venga utilizzato il copri bagaglio fornito con il veicolo,
- le collezioni, i campioni dei rappresentanti di commercio,
- il furto, la perdita, la dimenticanza o il deterioramento di contanti, documenti, libri, passaporti, documenti d'identità, biglietti di viaggio e carte di credito,
- il furto di gioielli quando non sono stati custoditi in una cassetta chiusa a chiave o non sono stati indossati,
- la frantumazione di oggetti fragili quali oggetti in porcellana, vetro, avorio, ceramica, marmo,
- i prodotti cosmetici,
- gli oggetti indicati in appresso: qualsiasi protesi, apparecchi di qualsiasi natura, le biciclette, i rimorchi, le azioni, i quadri, gli occhiali, le lenti a contatto, le chiavi di qualsiasi tipo (salvo quelle del Domicilio), i documenti registrati su nastro o film, nonché il materiale professionale, i telefoni, cellulari e smartphone, i droni, i CD, i DVD, i GPS, gli articoli sportivi, gli strumenti musicali, i cosmetici e i prodotti alimentari, gli accendini, le penne, le sigarette, le bevande alcoliche, gli oggetti d'arte, le canne da pesca, i prodotti di bellezza, i rullini fotografici e gli oggetti acquistati durante il viaggio,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva

- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno dove si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,
- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.

6. IMPORTO PER IL QUALE INTERVENIAMO

L'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia rappresenta l'importo massimo per tutti i Sinistri verificatisi durante il periodo di garanzia.

Una Franchigia, indicata nella Tabella degli Importi di Garanzia, verrà applicata per ogni Sinistro.

7. CALCOLO DELLA VOSTRA INDENNITÀ

Verrete indennizzato in base al valore di sostituzione da oggetti equivalenti o della medesima natura, una volta dedotte l'Usura e l'Obsolescenza.

DATA DI ACQUISTO	Prezzo di acquisto % pagato
< 1 anno	75 %
> 1 anno e < 2 anni	65 %
> 2 anni e < 3 anni	55 %
> 3 anni e < 4 anni	45 %
> 4 anni e < 5 anni	35 %
> 5 anni e < 6 anni	25 %
> 6 anni e < 7 anni	15 %
> 7 anni e < 8 anni	5 %
> 8 anni	x

8. DOCUMENTI DA FORNIRE IN CASO DI SINISTRO

La dichiarazione di sinistro dovrà essere accompagnata dai seguenti elementi:

- la ricevuta della presentazione di una denuncia o di una dichiarazione di furto effettuata entro 48 ore presso

un'autorità locale (polizia, gendarmeria, vettore, commissario di bordo, ecc.) quando si tratta di un furto o di una perdita,

- in caso di perdita o deterioramento verificatisi quando il bagaglio è sotto la responsabilità del vettore: il foglio di prenotazione e il documento giustificativo del reclamo presso il vettore, la constatazione dell'avaria bagagli o la constatazione dell'irregolarità bagagli (PIR) comunicata dal vettore. Dovrà inoltre inviare il documento giustificativo di rimborso del vettore e, in mancanza del medesimo, quello di assunzione delle spese da parte del vettore.
- L'etichetta di registrazione del bagaglio consegnato in ritardo dal vettore e il documento giustificativo della consegna tardiva.

In caso di mancata presentazione dei documenti succitati, ci viene riservato il diritto di reclamarvi un'indennità equivalente al pregiudizio a noi derivato.

Le somme assicurate non possono essere ritenute come prova del valore dei beni per i quali chiedete un risarcimento, né come prova dell'esistenza di tali beni.

Siete tenuti a giustificare, mediante qualsiasi mezzo a vostra disposizione e qualsiasi documento in vostro possesso, l'esistenza e il valore di tali beni al momento del Sinistro, nonché l'entità del danno.

9. COSA SUCCEDERE SE RECUPERATE L'INTEGRALITÀ O PARTE DEGLI OGGETTI RUBATI, COPERTI DA UNA GARANZIA BAGAGLI?

Siete tenuti ad avvisarci immediatamente mediante lettera raccomandata non appena ne verrete a conoscenza.

- Se non vi abbiamo ancora versato un'indennità, dovrete recuperare gli oggetti e saremo unicamente tenuti al pagamento dei deterioramenti o degli eventuali elementi mancanti.
- Se vi abbiamo già versato un'indennità, potete optare entro un termine di 15 giorni:

- o per la rinuncia,

- o per il ritiro degli oggetti contro la restituzione di un'indennità che avete ricevuto, una volta dedotto l'importo per la deteriorazione o gli elementi mancanti.

Qualora non vi siate pronunciati entro un termine di 15 giorni consideriamo che abbiate optato per la rinuncia.

INDIVIDUALE INFORTUNIO IN VIAGGIO

1. LE NOSTRE GARANZIE

MORTE ACCIDENTALE

Quando un Assicurato è vittima di un Infortunio fisico durante un Soggiorno e decede a seguito di tale Infortunio, entro i ventiquattro mesi successivi all'evento l'Assicuratore versa al Beneficiario le somme che figurano nella Tabella degli Importi di Garanzia. Qualora la salma dell'Assicurato non sia ritrovata a seguito di un naufragio, della scomparsa o della distruzione del mezzo di trasporto nel quale viaggiava, viene ammessa la presunzione di morte alla scadenza del termine di un anno a decorrere dal giorno dell'Infortunio fisico. La garanzia viene pertanto assegnata ai Beneficiari su presentazione di una sentenza dichiarativa di morte. Tuttavia, qualora venga accertato, dopo il versamento del capitale al/ai Beneficiario/i, e in qualsiasi momento, che l'Assicurato è ancora vivo, la somma versata a titolo della presunzione di morte va restituita integralmente all'Assicuratore e l'Assicurato è garante di tale restituzione.

INVALIDITÀ PERMANENTE DOVUTA AD INFORTUNIO

Quando un Assicurato, durante un Soggiorno, è vittima di un Infortunio fisico a seguito del quale viene stabilito che è rimasto parzialmente o totalmente invalido, l'Assicuratore versa all'Assicurato interessato o al suo rappresentante legale qualora si tratti di un minore, la somma ottenuta moltiplicando l'importo indicato nella Tabella degli Importi Garantiti dal tasso di invalidità, come definito nella Guida alla Tabella a Punteggio europea di valutazione dei danni all'integrità fisica e psichica. Il tasso di invalidità viene fissato una volta stabilito lo stato di salute dell'Assicurato, al più tardi alla scadenza di un termine di tre anni a decorrere dalla data dell'Infortunio fisico. In caso di invalidità non prevista dalla tabella a punteggio, i tassi sono fissati mediante il confronto della loro gravità con i casi elencati nella Guida della Tabella a Punteggio succitata. I tassi di invalidità vengono fissati a prescindere da qualsiasi considerazione professionale, sociale o familiare. La perdita anatomica di un membro o di un organo da un punto di vista funzionale prima dell'Infortunio non può dare luogo ad un risarcimento. Le lesioni ai membri o organi già invalidi prima dell'Infortunio fisico sono unicamente indennizzati in base alla differenza fra lo stato prima e dopo l'Infortunio. La valutazione delle lesioni di un membro o di un organo non può essere influenzata dal grado di invalidità preesistente di un altro membro o organo. Se vari membri o organi sono colpiti dal medesimo Infortunio fisico, il tasso di invalidità viene cumulato, senza tuttavia poter superare il cento per cento (100%). In caso di decesso prima del consolidamento definitivo dell'invalidità, il capitale previsto in caso di decesso viene versato previa deduzione delle somme eventualmente già versate a titolo di invalidità. Le garanzie «Decesso dovuto ad Infortunio» e «Invalidità Permanente dovuta ad Infortunio» non sono cumulabili qualora siano associate ad un medesimo evento.

2. DIVIETO DI CUMULO DELLE INDENNITÀ

Non vi è un cumulo fra gli importi dovuti in caso di decesso e invalidità permanente totale quando risultano da un medesimo evento garantito.

Se dopo aver ricevuto un'indennità risultante dall'invalidità parziale a seguito di un Evento garantito, dovete decidere a causa del medesimo Evento, verseremo agli aventi diritto il capitale previsto in caso di decesso entro i limiti dell'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia previa deduzione del risarcimento che vi avremo già versato a titolo di invalidità permanente parziale.

3. ESCLUSIONI

Sono esclusi:

- gli infortuni causati da patologie mentali, nonché tutte le malattie o infermità esistenti al momento dell'adesione del contratto,
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport quali: scalata, alpinismo, slitta da competizione, paracadutismo, qualsiasi sport aereo, ivi compreso l'aquilone o qualsiasi dispositivo simile, speleologia, nonché gli infortuni risultanti da un allenamento o dalla partecipazione a gare sportive,
- gli infortuni derivanti dalla pratica dell'immersione subacquea (con o senza attrezzatura) quando l'attività viene svolta a più di 10 km di distanza da una struttura medica che dispone di una camera iperbarica,
- gli infortuni derivanti dalla pratica dell'immersione subacquea (con o senza attrezzatura) quando l'attività viene svolta senza la presenza di un istruttore qualificato,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,

- gli infortuni causati da un vettore non autorizzato per il trasporto pubblico di passeggeri,
- qualunque richiesta di indennizzo derivante da un infortunio verificatosi durante lo svolgimento della Sua attività professionale,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno nel quale si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,
- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.

4. I VOSTRI OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La vostra dichiarazione di sinistro dovrà essere accompagnata dagli elementi seguenti:

- di un certificato medico,
- di eventuali dichiarazioni di testimoni che determinino la rilevanza o l'entità dell'Infortunio.

Durante il periodo del trattamento, l'Assicurato dovrà consentire il libero accesso del medico di fiducia, che assegneremo alla vostra cartella medica affinché il medico possa valutare le conseguenze dell'Infortunio.

In caso di disaccordo in merito alle cause e alle conseguenze dell'Infortunio, sottoporremo la controversia a 2 esperti prescelti, uno dall'Assicurato e dai suoi aventi diritto, l'altro da noi, con riserva dei nostri rispettivi diritti.

In caso di divergenza verrà nominato un terzo esperto, o di comune accordo, o dal Presidente del Tribunale del vostro luogo di residenza.

RESPONSABILITÀ CIVILE

La Polizza la indennizzerà per i danni, compresi i danni personali e materiali (inclusa la perdita di profitto) e/o qualsiasi danno conseguente, che Lei sia legalmente tenuto a pagare a un Terzo, in conformità alle leggi in vigore nel paese rilevante e in relazione alle responsabilità di natura extra-contrattuale, insorte in conseguenza di un evento verificatosi nel corso del Soggiorno.

Lei deve inviarcì appena possibile notifica scritta di qualunque incidente che possa dare origine al pagamento di un indennizzo.

Lei deve inviarcì ogni atto giudiziario, richiesta di risarcimento o altro documento appena lo riceve. Lei non deve ammettere alcuna responsabilità o pagare, od offrirsi di pagare, promettere di pagare o negoziare alcun risarcimento senza il Nostro assenso scritto. Tuttavia la mera ammissione dei fatti rilevanti così come accaduti non costituisce ammissione di responsabilità così come il mero fatto di aver prestato un aiuto urgente alle vittime ove questo sia una azione di salvataggio che potrebbe essere compiuta da qualunque persona ragionevole.

Possiamo assumere la difesa e gestire il processo riguardante gli atti, i danni e le perdite che rientrano nell'ambito della copertura stabilita nella presente Polizza.

Lei parteciperà e fornirà le informazioni e i documenti in suo possesso che supportano il caso.

Il fatto che noi assumiamo la Sua difesa come misura precauzionale non può essere da Lei interpretato come riconoscimento di una copertura e in nessun modo, forma o misura implica che noi accettiamo di farci carico della copertura di danni o perdite che non siano coperte dalla presente Polizza.

Se la richiesta di risarcimento non è coperta e nel caso in cui noi abbiamo pagato o depositato in Sua vece l'importo di alcune spese, ci riserviamo il diritto di procedere contro di Lei per il recupero di tali somme.

1. RC VITA PRIVATA ALL'ESTERO:

1.1. LE NOSTRE GARANZIE

Le conseguenze pecuniarie alle quali potete esporvi a seguito di un reclamo in via amichevole o giudiziario proposto nei vostri confronti dal terzo leso in merito ad un danno alle persone o un danno materiale causato a quest'ultimo da un infortunio verificatosi durante il vostro viaggio, nei limiti degli importi indicati nella Tabella degli Importi di Garanzia.

1.2. ESCLUSIONI

Sono esclusi:

- danni provocati dalla Sua attività professionale o dal Suo lavoro,
- i danni che avete causato o provocato intenzionalmente da parte dall'Assicurato,
- i danni materiali causati a qualsiasi veicolo terrestre a motore o qualsiasi mezzo di navigazione aerea, marittima o fluviale,
- i danni derivanti dalla pratica della caccia,
- i danni derivanti da qualsiasi attività professionale,
- le conseguenze di qualsiasi sinistro materiale o alle persone che si ripercuotono su di voi, il vostro coniuge, i vostri ascendenti o discendenti,
- i danni materiali, tranne nei casi in cui sono la conseguenza di danni materiali o alle persone garantiti, in tal caso vengono assunti come figura nel massimale previsto nella Tabella degli Importi di Garanzia,
- gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: bobsleigh, arrampicata su roccia, skeleton, alpinismo, slitta da competizione, qualsiasi sport aereo, nonché da quelli che risultano dalla partecipazione o da un allenamento a delle partite e gare,
- le multe nonché qualsiasi condanna pecuniaria imposta come sanzione e che non rappresenta il risarcimento diretto del danno alle persone o materiale (come i danni punitivi o esemplari).

- i danni materiali causati dall'Assicurato ai computer portatili, ai telefonini e alle tablet,
- i danni causati ai beni che sono affidati, dati in locazione o prestati all'Assicurato,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno nel quale si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,
- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.

2. RC LOCATIVA :

2.1. LE NOSTRE GARANZIE

Le conseguenze pecuniarie nelle quali potete incorrere in qualità di locatario di un bene immobile (appartamento, casa) per qualsiasi danno arrecato a un Terzo da un allagamento, un incendio o un'esplosione verificatisi nei locali occupati temporaneamente durante il Soggiorno, nei limiti degli importi massimi indicati nella Tabella degli Importi di Garanzia.

La garanzia interviene alle seguenti condizioni:

- quando avete causato danni a un Terzo che chiama in causa la vostra responsabilità civile mediante un reclamo,
- E quando l'evento dannoso si è verificato fra la data di entrata in vigore iniziale della garanzia e la sua data di recesso o di scadenza, indipendentemente dalla data degli altri elementi costitutivi del Sinistro.

Quest'importo costituisce il limite degli impegni dell'Assicuratore per tutti i danni derivanti da una medesima causa iniziale, indipendentemente dal numero di terzi lesi.

2.2. ESCLUSIONI

Sono esclusi:

- i danni che avete causato o provocato intenzionalmente da parte dall'Assicurato,
- i danni materiali causati a qualsiasi veicolo terrestre a motore o qualsiasi mezzo di navigazione aerea, marittima o fluviale,

- i danni derivanti dalla pratica della caccia,
- danni provocati dalla Sua attività professionale o dal Suo lavoro,
- le conseguenze di qualsiasi sinistro materiale o alle persone che si ripercuotono su di voi, il vostro coniuge, i vostri ascendenti o discendenti,
- i danni materiali, tranne nei casi in cui sono la conseguenza di danni materiali o alle persone garantiti, in tal caso vengono assunti come figura nel massimale previsto nella Tabella degli Importi di Garanzia,
- gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: bobsleigh, arrampicata su roccia, skeleton, alpinismo, slitta da competizione, qualsiasi sport aereo, nonché da quelli che risultano dalla partecipazione o da un allenamento a delle partite e gare,
- le multe nonché qualsiasi condanna pecuniaria imposta come sanzione e che non rappresenta il risarcimento diretto del danno alle persone o materiale (come i danni punitivi o esemplari).
- i danni materiali causati dall'Assicurato ai computer portatili, ai telefonini e alle tablet,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno nel quale si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,
- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.

SINISTRO IN VIAGGIO

1. LE NOSTRE GARANZIE

Questa garanzia è valida per:

- i voli regolari delle compagnie aeree andata/ o ritorno i cui orari sono pubblicati,
- I voli charter andata e/o ritorno i cui orari sono indicati sul biglietto aereo di andata.

A seguito di un ritardo all'arrivo dell'aereo dell'Assicurato di oltre 4 ore rispetto all'orario previsto inizialmente e con

relativa perdita della coincidenza, vi risarciamo l'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia.

Per il calcolo del risarcimento, le ore di ritardo del volo andata non vengono addizionate alle ore di ritardo del volo di ritorno e riguardano unicamente un tragetto unico. Tuttavia, la garanzia può intervenire per il volo andata e ritorno se per ogni tragetto il ritardo è superiore a 4 ore e comporta la perdita della coincidenza. La garanzia entra in vigore alla data e all'ora indicate sul biglietto aereo e decade all'arrivo all'aeroporto di destinazione.

Questa garanzia non viene applicata se siete trasferiti su un volo di un'altra compagnia negli organi previsti inizialmente.

2. ESCLUSIONI

Sono esclusi:

- la guerra civile o internazionale, sommosse, movimenti popolari, scioperi, atti di terrorismo, sequestro di ostaggi o sabotaggio, qualsiasi manifestazione di radioattività, qualunque effetto di origine nucleare o causato da qualsiasi fonte di radiazione ionizzante nel paese di partenza, di trasferimento o di destinazione,
- qualsiasi evento che comporti un rischio per il vostro viaggio, tenuto conto del fatto che la vostra destinazione è sconsigliata dal Ministero degli Affari Esteri italiano,
- una decisione delle autorità aeroportuali, delle autorità dell'aviazione civile o di qualsiasi altra autorità annunciata 24 ore prima della data di partenza del vostro viaggio,
- gli eventi verificatisi fra la data di prenotazione del vostro viaggio e la data di adesione del presente contratto,
- la perdita del volo per il quale la vostra prenotazione era stata confermata, indipendentemente dal motivo,
- la non ammissione a bordo a seguito del mancato rispetto dell'ora limite di registrazione dei bagagli e/o di presentazione all'imbarco,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno nel quale si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,
- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.

3. I VOSTRI OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Siete tenuti a:

- compilare e/o far timbrare una dichiarazione di ritardo presso una persona competente della compagnia aerea con la quale viaggiate o presso una persona competente dell'aeroporto,
- farci pervenire, non appena rientrati e al più tardi entro i 156 giorni successivi, la dichiarazione di ritardo debitamente compilata, la fotocopia del vostro biglietto aereo, la fattura d'acquisto del biglietto garantito e il tagliando della carta d'imbarco.

ASSISTENZA

Le coperture menzionate in questa sezione sono organizzate dall'Assicuratore e il supporto è limitato ai servizi organizzati o, in casi specifici, autorizzati dallo stesso. Lei è coperto dalla data di partenza fino alla data di ritorno.

In caso di emergenza, l'Assicuratore non può sostituirsi ai servizi pubblici locali. In alcuni casi l'utilizzo dei servizi pubblici locali è obbligatorio ai sensi delle normative locali e/o internazionali.

Tutte le coperture sono subordinate alla condizione che l'intervento dell'Assicuratore sia autorizzato dai servizi di emergenza locali o dalle leggi e normative applicabili nel paese in cui si richiede assistenza. Inoltre si ricorda che l'Assicuratore e i suoi agenti sono sottoposti alle limitazioni riguardanti la circolazione delle persone e dei beni emanate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dallo Stato rilevante. Per finire, i fornitori dei servizi di trasporto passeggeri (in particolare le linee aeree) possono imporre termini speciali in caso di passeggeri affetti da determinate patologie che possono essere modificati senza preavviso (pertanto le linee aeree possono richiedere visite mediche, un certificato medico ecc.). Di conseguenza, tutte le coperture ai sensi della presente sezione sono subordinate all'accettazione e alla disponibilità delle aziende che operano i servizi di trasporto passeggeri.

1. LE NOSTRE GARANZIE

Siete tenuti ad ottenere il nostro consenso previo prima di prendere qualsiasi iniziativa o di sostenere qualsiasi spesa.

Inoltre, è inteso che qualsiasi rifiuto di applicazione delle decisioni adottate da EUROP ASSISTANCE pone termine a tutte le garanzie e prestazioni.

A. ASSISTENZA ALLE PERSONE IN CASO DI MALATTIA, DI FERITE O DI DECESSO DURANTE IL VIAGGIO

1. TRASPORTO/RIMPATRIO

Se durante il vostro Soggiorno, vi ammalate o vi ferite, i nostri medici si mettono in contatto con il medico locale che vi ha ricevuti a seguito della Malattia o dell'Infortunio.

Le informazioni raccolte presso il medico locale e eventualmente dal medico curante abituale, ci consentono, previa decisione dei nostri medici, di lanciare e di organizzare, purché vi giudichino trasportabili e rimpatriabili:

- o il rientro al vostro Domicilio,
- o il vostro trasporto, se del caso sotto controllo medico, verso un servizio ospedaliero adeguato vicino al vostro Domicilio con un veicolo sanitario leggero, un'ambulanza, in treno (posto a sedere in 1^a classe, cuccetta 1^a classe o vagone letto), in aereo di linea o aereo sanitario.

Inoltre, su decisione dei nostri medici, possiamo lanciare e organizzare in alcuni casi un primo trasporto verso un centro di assistenza sanitaria in prossimità prima di valutare un

rientro verso una struttura vicino al vostro Domicilio.

Solo il vostro stato di salute e il rispetto delle norme sanitarie in vigore vengono presi in considerazione per la decisione in merito al trasporto, al mezzo utilizzato per il medesimo e al luogo dell'eventuale ricovero ospedaliero.

Questa garanzia può essere applicata solo una volta per ogni periodo di 12 mesi.

N.B.

In questo contesto viene espressamente convenuto che la decisione definitiva da attuare spetta, in ultima istanza, ai nostri medici allo scopo di evitare qualsiasi conflitto a livello di autorità mediche.

Inoltre, se optate per non seguire la decisione considerata più appropriata dai nostri medici, ci riteniamo liberi da qualsiasi responsabilità, in particolare se rientrate con i vostri propri mezzi o in caso di peggioramento del vostro stato di salute.

2. RIENTRO DEGLI ACCOMPAGNANTI

Quando siete rimpatriato o ricoverato in ospedale con la nostra assistenza, in base al parere del nostro Servizio Medico, organizziamo il trasporto dei vostri Familiari assicurati o di 2 persone assicurate che viaggiano con voi affinché, se possibile, possano accompagnarvi durante il viaggio di ritorno.

Questo trasporto verrà realizzato:

- o con voi,
- o individualmente.

Saranno a nostro carico:

- il trasporto delle persone assicurate, in treno in 1^a classe o in aereo in classe economica, nonché le spese di taxi alla partenza affinché possano recarsi dal luogo di soggiorno alla stazione o all'aeroporto e, all'arrivo, dalla stazione/aeroporto al Domicilio (con riserva che il biglietto di viaggio previsto inizialmente per il soggiorno delle medesime persone non possa essere utilizzato).
- le spese di proroga del soggiorno di queste persone in misura pari all'importo che figura nella Tabella degli Importi di Garanzia.

Questa prestazione non è cumulabile con la prestazione «PRESENZA RICOVERO OSPEDALIERO».

3. PRESENZA RICOVERO OSPEDALIERO

Quando siete ricoverati in ospedale sul luogo della vostra Malattia o del vostro Infortunio, che viaggiate da soli e che i nostri medici ritengono, in base alle informazioni comunicate dai medici locali, che il vostro rimpatrio non può avvenire entro 72 ore, organizziamo e assumiamo le spese del viaggio andata/ritorno dal paese del vostro Domicilio, in treno in 1^a classe o in aereo in classe economica di una persona di vostra scelta affinché possa stare vicino a voi.

Inoltre, sono a nostro carico le spese di albergo della persona (camera e prima colazione), per l'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia, per un massimo di 10 notti.

Questa garanzia viene applicata unicamente in mancanza di un accompagnante sul posto.

4. PROROGA DEL SOGGIORNO

Se a seguito di una Malattia o di un Infortunio verificatisi durante il vostro Soggiorno l'Assicurato è immobilizzato e obbligato a prorogare il suo Soggiorno sul posto e che i nostri medici ritengono, in base alle informazioni comunicate dai medici locali, che lo stato di salute dell'Assicurato non richieda il Ricovero ospedaliero, saranno a nostro carico le spese di proroga del soggiorno dell'Assicurato per l'importo indicato nella Tabella delle garanzie. Assumiamo le spese per l'importo indicato nella Tabella delle garanzie di un biglietto di viaggio

nella misura di un biglietto aereo (unicamente il biglietto di ritorno) in classe economica o un biglietto di treno in 1ª classe per consentire all'Assicurato di rientrare al suo Domicilio a condizione che non possa utilizzare il biglietto di viaggio previsto inizialmente per il Soggiorno.

Le spese non saranno più a nostro carico dalla data in cui i nostri medici ritengono, in base alle informazioni comunicate dai medici locali, che l'Assicurato è in grado di rientrare nel suo paese di Domicilio.

5. RIENTRO ANTICIPATO IN CASO DI DECESSO O DI RICOVERO OSPEDALIERO DI UN FAMILIARE

Durante il vostro Soggiorno siete informati:

- del ricovero ospedaliero a seguito di una malattia grave o di un infortunio grave e imprevisto superiore a 72 ore del vostro coniuge, dei vostri ascendenti o discendenti diretti, fratello o sorella, del vostro suocero o suocera e desiderate essere vicino a loro, sul luogo del ricovero.
- del decesso del vostro coniuge, dei vostri ascendenti o discendenti diretti, fratello o sorella, del vostro suocero o suocera e desiderate partecipare al funerale.

EUROP ASSISTANCE mette a vostra disposizione e assume l'onere di:

- O del biglietto aereo di andata (Classe economica) fino al vostro paese di Domicilio o del biglietto di treno (1ª Classe) fino alla città più vicina nel vostro paese di Domicilio, esclusa qualsiasi altra spesa di trasporto;
- O del biglietto aereo di andata e ritorno (Classe economica) fino al vostro paese di Domicilio o del biglietto di treno (1ª Classe) fino alla città più vicina nel vostro paese di Domicilio, esclusa qualsiasi altra spesa di trasporto;

Purché siano soddisfatte le condizioni seguenti:

- L'Assicurato è tenuto a contattare il call center di assistenza e ottenere il suo consenso prima dell'acquisto di qualsiasi biglietto

Per poter beneficiare del biglietto andata/ritorno, devono essere soddisfatte le condizioni supplementari seguenti:

- Il biglietto di ritorno deve essere stato prenotato nello stesso momento del biglietto di andata
- La data del vostro ritorno non deve essere successiva a 30 giorni da quella del vostro biglietto di andata
- Il vostro contratto di assicurazione deve essere valido per un periodo superiore o uguale a 1 mese dopo la data di ritorno. Ci riserviamo il diritto di reclamare qualsiasi documento giustificativo complementare (legame di parentela, certificato di morte, fattura di acquisto del biglietto andata/ritorno, ...).

Se i giustificativi complementari non vengono presentati entro un termine di 30 giorni ci riserviamo il diritto di fatturarvi le spese complessive della prestazione.

Questa garanzia può essere applicata solo una volta per ogni periodo di 12 mesi.

B. ASSISTENZA IN CASO DI DECESSO

1. TRASPORTO DELLA SALMA E SPESE DI MESSA IN BARA IN CASO DI DECESSO DELL'ASSICURATO

L'Assicurato decede durante il viaggio: organizziamo e assumiamo le spese di trasporto del defunto fino al luogo del funerale nel paese dove ha il Domicilio.

Inoltre, assumiamo tutte le spese sostenute per la preparazione e le disposizioni specifiche legate unicamente al trasporto, esclusa qualsiasi altra spesa.

Inoltre, partecipiamo alle spese per la bara o l'urna che la

famiglia acquista presso la società funeraria di sua scelta, per l'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia, dietro presentazione della fattura originale.

Le altre spese (in particolare di cerimonia, convogli locali, tumulazione) restano a carico della famiglia.

C. ASSISTENZA VIAGGIO

1. ANTICIPO DELLA CAUZIONE PENALE E ASSUNZIONE DEGLI ONORARI DI AVVOCATO (UNICAMENTE ALL'ESTERO)

Siete in viaggio all'Estero e siete oggetto di un procedimento penale a seguito di una violazione della normativa del paese nel quale vi trovate: anticipiamo la cauzione penale in misura corrispondente all'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia.

Vi impegnate a rimborsarci questo anticipo al più tardi nei 30 giorni successivi dal ricevimento della nostra fattura o non appena tale cauzione vi sia stata restituita dalle autorità se la restituzione interviene prima della scadenza di tale termine.

In caso di mancata comparizione dinanzi al tribunale, la restituzione della cauzione penale che l'Assicurato non avrà potuto recuperare a causa della sua mancata comparizione diventa immediatamente esigibile.

Inoltre, quando un'azione giudiziaria viene promossa contro di voi, a titolo personale, assumiamo, in base ai documenti giustificativi, le spese di avvocato che avete dovuto sostenere sul posto per questo motivo, in misura corrispondente all'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia, a condizione che i fatti contestati non siano nella legislazione del Paese punibili con sanzioni penali.

Questa prestazione non copre i seguiti giudiziari avviati nel vostro Paese di Domicilio, derivanti da un'infrazione involontaria sopravvenuta all'Estero.

La vostra richiesta di presa in carico dovrà essere accompagnata dalla decisione giudiziaria diventata esecutiva.

Sono escluse dalla presa in carico:

- I procedimenti relativi al vostro rapporto con il datore di lavoro, ai conflitti collettivi di lavoro;
- I procedimenti relativi al diritto di famiglia (divorzio, custodia dei minori, diritto di visita);
- I procedimenti relativi all'amministrazione di un'associazione, di una società civile o commerciale, alla detenzione di azioni di una società.

2. TRASMISSIONE DI MESSAGGI URGENTI (UNICAMENTE DALL'ESTERO)

Durante il vostro Soggiorno, se vi è impossibile contattare una persona nel paese dove avete il vostro Domicilio, ci impegniamo a trasmettere, alla data e all'ora da voi prescelte, il messaggio che ci avete comunicato per telefono.

NOTA :

Questo servizio non consente di realizzare chiamate con addebito. Il contenuto dei vostri messaggi non può in alcun caso chiamare in causa la nostra responsabilità e rimane soggetto alla legislazione francese, in particolare penale e amministrativa. Il mancato rispetto di questa legislazione può comportare il rifiuto di comunicare il messaggio.

3. INVIO DI FARMACI ALL'ESTERO

Siete in viaggio all'Estero e i farmaci per voi indispensabili per continuare il trattamento in corso e la cui mancanza, secondo il parere dei nostri medici, rappresenta un rischio

per la vostra salute, sono stati persi o rubati, ci premureremo di cercare farmaci equivalenti sul posto e, in questo caso, organizzeremo una visita medica con un medico locale che potrà prescrivervi il farmaco necessario. Le spese mediche e le spese per i farmaci restano a vostro carico.

Se sul posto non sono disponibili farmaci equivalenti, organizziamo a partire dall'Italia unicamente l'invio di farmaci prescritti dal vostro medico curante purché quest'ultimo inoltri ai nostri medici una copia della prescrizione che vi ha consegnato e che i farmaci siano disponibili nelle farmacie.

Assumiamo i costi di spedizione e vi invieremo la fattura relativa alle spese di dogana e del costo di acquisto dei farmaci, che vi impegnate a rimborsarci al momento del ricevimento della fattura.

Queste spedizioni sono soggette alle condizioni generali delle imprese di trasporto che utilizziamo. In ogni caso, queste imprese sono soggette alla normativa e alle condizioni stabilite dall'Italia e alla normativa nazionale di ogni paese in materia di importazione e esportazione di farmaci.

Decliniamo qualsiasi responsabilità in caso di perdita o furto di farmaci e per quanto riguarda le restrizioni normative che potrebbero ritardare o impedire il trasporto dei farmaci, nonché le conseguenze che ne derivano. In ogni caso, sono escluse le spedizioni di sangue e di emoderivati, i prodotti riservati ad uso ospedaliero o i prodotti che prevedano condizioni speciali di conservazione, in particolare frigorifere e, in generale, i prodotti non disponibili nelle farmacie francesi.

Inoltre, la cessazione della fabbricazione di medicinali, il ritiro dal commercio o la mancata disponibilità in Italia costituiscono casi di forza maggiore che possono ritardare o rendere impossibile l'esecuzione della prestazione.

4. ASSISTENZA IN CASO DI FURTO, PERDITA O DISTRUZIONE DEI VOSTRI DOCUMENTI DI IDENTITÀ O DEI VOSTRI MEZZI DI PAGAMENTO

Durante il vostro viaggio perdete o vi vengono rubati i documenti d'identità. Tutti i giorni, dalle ore 8.00 alle 19.30 (ora italiana) eccetto la domenica e i giorni festivi, con una semplice chiamata al nostro Servizio Informazioni, vi informeremo in merito alle formalità da espletare (denuncia, rinnovo dei documenti d'identità, ecc.).

In ogni caso, non si tratta di una consulenza legale.

A seconda dei casi, vi consiglieremo determinati organismi o categorie di professionisti che siano in grado di rispondervi. La nostra responsabilità non potrà in alcun caso essere chiamata in causa per quanto riguarda l'interpretazione e l'uso che farete delle informazioni comunicate.

In caso di perdita o furto dei vostri mezzi di pagamento, carte di credito, libretto degli assegni e fatto salvo un attestato di perdita o di furto rilasciata dalle autorità locali, vi faremo pervenire un anticipo di fondi in misura corrispondente all'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia affinché possiate realizzare i vostri acquisti di prodotti di prima necessità, alle seguenti condizioni preliminari:

- o il versamento da parte di un terzo mediante addebito su carta bancaria della somma corrispondente,
- o il versamento da parte della vostra banca della somma corrispondente.

Firmerete una ricevuta all'atto della ricezione dei fondi.

5. SPESE DI RICERCA E DI SOCCORSO IN MARE, IN MONTAGNA E NEL DESERTO

Assumiamo le spese di ricerca e di soccorso in mare, in montagna e nel deserto in misura corrispondente all'importo indicato nella Tabella degli Importi di Garanzia.

Solo le spese fatturate da una società debitamente autorizzata per svolgere tali attività possono essere rimborsate.

La prestazione non comprende l'organizzazione e la realizzazione delle ricerche e dei soccorsi.

6. CONSULENZA PSICOLOGICA

Il nostro servizio di assistenza psicologica vi consente di contattare telefonicamente, 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno, psicologi clinici. Senza essere una psicoterapia, il colloquio condotto da professionisti, che proporranno un'assistenza neutra e attenta, permetterà al beneficiario di confidarsi e di chiarire la situazione nella quale si trova. Europ Assistance garantisce l'organizzazione e assume le spese dei 3 colloqui telefonici con lo psicologo. In funzione della situazione e delle aspettative del beneficiario, potrà essere organizzato un appuntamento affinché l'Assicurato possa incontrare, vicino al suo Domicilio, uno psicologo diplomato. La scelta del medico spetta all'Assicurato e le spese di consulenza restano a suo carico.

ASSISTENZA : ESCLUSIONI

Non possiamo, in alcun caso, sostituirci agli organismi locali di soccorso d'emergenza.

Sono esclusi:

- le conseguenze dell'esposizione ad agenti biologici infettivi diffusi in modo intenzionale o accidentale, ad agenti chimici tipo gas da combattimento, ad agenti inabilitanti, ad agenti neurotossici o agenti con effetti neurotossici residui,
- le conseguenze di atti intenzionali da parte vostra o le conseguenze di atti dolosi, di tentativi di suicidio o suicidi,
- gli stati di salute e/o malattie e/o ferite preesistenti diagnosticate e/o trattate che sono state oggetto di un ricovero ospedaliero continuo, di un ricovero ospedaliero diurno o di un ricovero ospedaliero ambulatoriale dei 6 mesi che precedono la data di partenza, sia che si tratti della manifestazione o del peggioramento di detto stato,
- le spese sostenute senza il nostro consenso o non espressamente previste dalle presenti Disposizioni Generali del contratto,
- le spese non giustificate da documenti originali,
- i sinistri verificatisi in paesi esclusi dalla garanzia o al di fuori delle date di validità del contratto e in particolare oltre la durata del viaggio previsto all'Estero,
- le conseguenze degli infortuni avvenuti durante prove, corse o gare motorizzate (o le loro prove), sottoposte ai sensi della normativa in vigore all'autorizzazione previa delle autorità pubbliche, quando partecipate come concorrente o nel corso di prove in circuito soggette all'omologazione preventiva delle autorità pubbliche, anche se utilizzate il vostro veicolo personale,
- i viaggi effettuati a fini diagnostici e/o di cure mediche o di interventi di chirurgia estetica, le loro conseguenze e le relative spese,
- l'organizzazione e l'assunzione dell'onere del trasporto di cui al capitolo «TRASPORTO/RIMPATRIO» per malattie benigne che possono essere trattate sul posto e che non vi impediscono di proseguire il viaggio,
- le richieste di assistenza relative alla procreazione medica assistita o all'interruzione volontaria di gravidanza, le loro conseguenze e le relative spese,
- le richieste relative alla procreazione o alla gestazione per conto terzo, le loro conseguenze e le relative spese,

- i dispositivi medici e le protesi (dentarie, auditive, mediche),
- le cure termali, le loro conseguenze e le relative spese,
- le spese mediche sostenute nel paese dove avete il vostro Domicilio,
- i ricoveri ospedalieri previsti, le loro conseguenze e le relative spese,
- le spese ottiche (ad es. occhiali e lenti a contatto),
- I vaccini e le spese di vaccinazione,
- le visite mediche di controllo, le loro conseguenze e le relative spese,
- gli interventi di chirurgia estetica, nonché le loro eventuali conseguenze e le relative spese
- i soggiorni in una casa di riposo, le loro conseguenze e le relative spese,
- la riabilitazione, fisioterapia, chiropratica, le loro conseguenze e le relative spese,
- i servizi medici o paramedici e l'acquisto di prodotti il cui carattere terapeutico non è stato riconosciuto dalla legislazione francese, e le relative spese,
- gli esami medici per lo screening come prevenzione, le cure o analisi regolari, le loro conseguenze e le relative spese,
- l'organizzazione di ricerche e salvataggio delle persone, in particolare in montagna, in mare o nel deserto,
- le spese legate alle eccedenze di peso dei bagagli durante il trasporto aereo
- di inoltro dei bagagli quando non possono essere trasportati con voi,
- le spese di annullamento del viaggio,
- le spese di ristorante,
- le spese di dogana,
- le spese per comunicazioni telefoniche e di taxi,
- guerre, dimostrazioni, insurrezioni, atti di terrorismo, sabotaggio,
- la partecipazione volontaria di un Assicurato a sommosse o scioperi, risse o percosse
- conseguenze della trasmutazione del nucleo atomico, nonché radiazioni causate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o irradiazioni da una fonte di energia di natura radioattiva
- movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e, in generale, qualunque fenomeno scatenato dalle forze della natura
- malattie o infortuni derivanti dal consumo di bevande alcoliche da parte di un Assicurato (con un livello di alcolemia pari o superiore al tasso in vigore nel paese di soggiorno nel quale si trova l'Assicurato),
- consumo di narcotici, droghe o farmaci, diversi da quelli prescritti da un medico,
- gli infortuni causati dall'uso di un motociclo con una cilindrata superiore ai 125 cm³, come conducente o passeggero,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non è titolare di una patente di guida conforme alla legislazione del paese nel quale si trova,
- i sinistri legati all'uso di due ruote quando l'Assicurato non indossava il casco costituendo una violazione della legislazione in vigore nel paese nel quale si trova,

- suicidio, tentato suicidio o autolesionismo da parte di un Assicurato,
- qualsiasi atto intenzionale da parte vostra che può comportare la cessazione della garanzia del contratto.
- le conseguenze di una messa in quarantena e/o di misure di restrizione degli spostamenti decise da un'autorità competente, che possono interessare l'Assicurato o il suo accompagnatore prima o durante il loro/suo Soggiorno.

ALLEGATO 1 – DEFINIZIONI

Ai sensi del presente contratto si intende per:

INFORTUNIO (ALLE PERSONE)

Qualsiasi danno all'integrità fisica, non intenzionale e derivante da un'azione improvvisa e imprevedibile di una causa esterna all'Assicurato.

ASSICURATO

Viene considerato Assicurato:

- la persona fisica, designata dal Contraente, domiciliata nello Spazio Economico Europeo, nei DROM, in Nuova Caledonia e in Polinesia Francese.

L'Assicurato è una persona fisica dai 18 ai 65 anni e che effettua un soggiorno all'Estero per realizzare del volontariato temporaneo per una durata massima di 12 mesi.

Nel presente contratto gli Assicurati sono inoltre indicati con il termine «voi».

ASSICURATORE

EUROP ASSISTANCE S.A., una società per azioni francese sottoposta alla disciplina del Codice Francese delle Assicurazioni, con sede legali al 1, promenade de la Bonnette, 92230 Gennevilliers, Francia, con un capitale di 46 926 941 EUR, iscritta nel registro delle imprese e delle società di Nanterre al numero 451 366 405, che stipula la presente Polizza Collettiva tramite la FILIALE IRLANDESE EUROP ASSISTANCE S.A., la cui sede principali di attività è 4th Floor 4-8, Eden Quay, Dublino 1, Irlanda, D01 N5W8 ed iscritta all'Ufficio del Registro delle Società irlandese al numero 907089

Europ Assistance S.A. è sottoposta alla vigilanza della autorità di vigilanza francese (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Francia. La filiale irlandese opera in conformità al Codice di Comportamento per le Imprese Assicuratrici (codice etico per le compagnie di assicurazione) pubblicato dalla Banca Centrale Irlandese, è registrata nella Repubblica di Irlanda al numero 907089 e opera nel Suo Paese di Residenza ai sensi del regime di libera prestazione di servizi.

DROM

Per DROM si intende la Guadalupa, la Guiana, la Martinica, Mayotte e la Réunion.

DOMICILIO

Viene considerato come Domicilio la vostra dimora principale e abituale dichiarata al momento dell'adesione al contratto e indicata sul certificato di adesione. È situato all'interno dello Spazio Economico Europeo, nei DROM, in Nuova Caledonia e in Polinesia Francese.

ESTERO

Il termine Estero si riferisce al mondo intero, a eccezione del

vostro paese di Domicilio e dei paesi esclusi.

SPAZIO ECONOMICO EUROPEO

Si intende per Spazio Economico Europeo i seguenti paesi: Germania, Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Spagna, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Ungheria, Irlanda, Islanda, Italia, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Repubblica Ceca, Romania, Regno Unito, Slovacchia, Slovenia, Svezia.

EVENTO

Qualsiasi situazione prevista dalle presenti Disposizioni Generali all'origine di una domanda di intervento presso l'Assicuratore.

FRANCHIGIA

Parte dell'importo delle spese che restano a vostro carico.

RICOVERO OSPEDALIERO

Ammissione dell'assicurato in un centro sanitario (ospedale o clinica) per essere sottoposto ad un intervento chirurgico o a cure mediche.

Nella presente definizione rientrano parimenti: il ricovero ospedaliero diurno e il ricovero a domicilio quando sono giustificati sotto il profilo medico.

INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE

Perdita definitiva della possibilità per l'Assicurato di eseguire qualunque tipo di lavoro in conseguenza di una lesione personale.

MALATTIA

Indica qualsiasi alterazione della salute improvvisa e imprevedibile accertata da un'autorità medica competente e che necessita di cure mediche.

FAMILIARE

S'intende per Familiare il coniuge, la persona sposata in unione civile (PACS) o convivente, il/i figlio/i legittimi, naturali o adottati dell'Assicurato, il padre e la madre, i fratelli e le sorelle, i nonni, i suoceri (ovvero i genitori del coniuge dell'Assicurato) le nuore o i generi, o i nipoti.

PAESE OSPITANTE

S'intende come Paese ospitante quello in cui realizzate il Soggiorno.

SOGGIORNO

S'intende per Soggiorno qualsiasi soggiorno dell'Assicurato all'Estero per un periodo massimo di 12 mesi consecutivi

avente come oggetto la realizzazione di un'attività di volontariato.

SINISTRO

S'intende per Sinistro qualsiasi evento di carattere aleatorio tale da far sorgere una delle garanzie del presente contratto.

CONTRAENTE

L'associazione Chapka, la cui sede sociale è sita a 31-35 rue de la Fédération, 75717 Parigi Cedex 15, dichiarata in prefettura, che ha sottoscritto un contratto di assistenza Cap Volontariato presso Aon France per conto dei suoi membri (gli Assicurati succitati), persone fisiche maggiorenni.

DANNO MATERIALI

Qualsiasi deterioramento o distruzione accidentale di un bene.

DANNO ALLE PERSONE

Qualsiasi pregiudizio all'integrità fisica (ferita, morte) subita involontariamente da una persona fisica.

DANNO IMMATERIALE CONSECUTIVO

Qualsiasi danno pecuniario risultante dalla privazione del godimento di un diritto, dall'interruzione di un servizio fornito da una persona o da un bene, dalla perdita di un beneficio e che è la conseguenza di un danno alle persone o danno materiale oggetto della garanzia.

TERZI

Qualsiasi persona fisica o morale, esclusi:

- l'Assicurato, i familiari dell'Assicurato, nonché gli ascendenti e i discendenti diretti e le persone che lo accompagnano.
- i dipendenti e gli agenti che lavorano per il medesimo datore di lavoro dell'Assicurato.
- Qualsiasi persona che alloggia e/o viaggia con l'Assicurato.

USURA

Deprezzamento del valore di un bene a causa dell'usura provocato dall'uso o dalle condizioni di manutenzione, il giorno del Sinistro.

VETUSTÀ

Deprezzamento del valore di un bene a causa dell'obsolescenza il giorno del Sinistro.

VACANZA

Soggiorno turistico al di fuori del Paese di soggiorno temporaneo per un periodo non superiore a:

- NOVANTA (90) giorni consecutivi e dichiarati all'assicuratore in caso di vacanza al di fuori del paese di residenza
- TRENTA (30) giorni consecutivi e dichiarati all'assicuratore in caso di vacanza in Francia, soltanto per gli assicurati francesi

ALLEGATO 2 - ARTICOLI DEL CODICE CIVILE

Di seguito la lista degli articoli del Codice Civile che disciplinano la Polizza Collettiva.

ART. 1892. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

**ART. 1893.
DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE.**

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

**ART. 1894.
ASSICURAZIONI IN NOME O PER CONTO DI TERZI.**

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

**ART. 1897.
DIMINUIZIONE DEL RISCHIO.**

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

**ART. 1898.
AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO.**

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

**ART. 1901.
MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO.**

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

**ART. 1910.
ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI.**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

**ART. 1913.
AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO.**

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

**ART. 1914.
OBBLIGO DI SALVATAGGIO.**

L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.

Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato sono a carico dell'assicuratore in proporzione del valore assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicuratore provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.

L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.

L'assicuratore che interviene al salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

ART. 1915.
INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO.

L'assicurato che, dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

ART. 1916.
DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE.

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 1917.
ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE.

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

ART. 2952.
PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.



Aon France
con denominazione commerciale **Chapka Assurances.**

Sede sociale
31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
SAS con capitale di 46 027 140 euro
414 572 248 RCS Parigi
N° de TVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248

Garanzia finanziaria e assicurazione della responsabilità civile professionale compatibili con le disposizioni degli articoli L.512-7 e L.512-6 del Codice delle Assicurazioni



CAP VOLONTARIATO



CONTRATTO DISTRIBUITO DA:



Aon France con denominazione commerciale Chapka Assurances
Sede sociale 31-35 rue de la
Fédération 75717 Parigi Cedex 15

t +33(0)1 47 83 10 10 | aon.fr, N° ORIAS 07 001 560 | SAS
con capitale di 46 027 140 euro | 414 572 248 RCS Parigi
N° IVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248, Garanzia
finanziaria e assicurazione responsabilità civile professionale
conformi agli articoli L.512-7 et L.512-6 del Codice francese
delle Assicurazioni.

CONTRATTO SOTTOSCRITTO DA:

Chapka – Associazione della legge francese 1901 – Sede
sociale: 31-35 rue de la Fédération, 75717 Parigi cedex 15,
75009 Parigi – Data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale:
13/12/2014 - RNA n°W751227155

ASSICURATORI:



La società di assicurazione QUATREM,
società anonima con capitale di 380
426 249 euro, disciplinata dal Codice
delle Assicurazioni, 21 rue Laffitte -
75009 PARIGI, 412 367 724 RCS Parigi,
società del gruppo Malakoff Médéric.

EUROP ASSISTANCE SA



Società disciplinata dal Codice delle
Assicurazioni - Società di capitali con
capitale di 46 926 941 €,

* Vous vivez, nous veillons e delle Imprese di Nanterre con
il numero 451 366 405, la cui sede si trova all'indirizzo 1,
promenade de la Bonnette - 92633 Gennevilliers cedex,
Francia, che opera anche attraverso la filiale irlandese, la cui
denominazione commerciale è EUROP ASSISTANCE SA IRISH
BRANCH e la cui sede principale si trova al 4th Floor, 4-8
Eden Quay, Dublino 1, D01 N5W8, Irlanda, registrata in Irlanda
con il certificato N. 907089.



Aon France
con denominazione commerciale **Chapka Assurances.**

Sede sociale
31-35 rue de la Fédération
75717 Parigi Cedex 15
t +33(0)1 47 83 10 10
aon.fr

N° ORIAS 07 001 560
SAS con capitale di 46 027 140 euro
414 572 248 RCS Parigi
N° de TVA intracomunitaria: FR 22 414 572 248

Garanzia finanziaria e assicurazione della responsabilità
civile professionale compatibili con le disposizioni degli
articoli L.512-7 e L.512-6 del Codice delle Assicurazioni