

Termini e condizioni 2018/2019

Questa polizza vale per i titolari che l'abbiano stipulata con decorrenza compresa fra il 1° marzo 2018 e il 28 febbraio 2019

Indice

Che cosa fare prima di recarsi dal medico o in ospedale e come richiedere un risarcimento	1
CareMed Assist: servizio assistenza emergenze 24 ore su 24	2
Scheda informativa sul prodotto	2
Preambolo al contratto assicurativo CareMed	3
Assicuratrice Chubb e rating	3
Informazioni generali sull'assicurazione viaggi CareMed	4
Piano delle prestazioni	5
Definizioni generali	5
Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio (HA)	6
Copertura per sport pericolosi (X)	7
Assicurazione contro le emergenze in viaggio (E)	7
Assicurazione di indennizzo/infortuni in viaggio (I)	8
Assistenza in viaggio (T)	8
Assicurazione sul bagaglio in viaggio (L)	9
Limitazioni ed esclusioni generali	9
Clausole e obblighi generali per tutte le prestazioni	10
Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio (3)	12
Definizioni per assicurazione di responsabilità verso terzi	12
Esclusioni dell'Assicurazione di responsabilità verso terzi	13
Obblighi e clausole generali per la prestazione di responsabilità personale	13
Modulo di richiesta di risarcimento sanitario	15

Che cosa fare prima di recarsi dal medico o in ospedale e come richiedere un risarcimento

Quando si viaggia fuori dagli USA è possibile scegliere liberamente la struttura sanitaria. Se occorre assistenza per trovare una struttura sanitaria nella propria zona, contattare CareMed Assist. Negli Stati Uniti, l'accesso a servizi sanitari coperti da assicurazione è fornito dalla rete PHX Preferred Provider, nota anche come First Health Network. Per ricevere segnalazioni di strutture o specialisti, chiamare il numero verde di emergenza del Centro di Assistenza o visitare il sito web CareMed su www.caremed-assistance.com.

Quando si chiama o ci si reca da un medico o presso una struttura sanitaria, è necessario presentare la propria conferma di assicurazione CareMed, specificando di essere "assicurati ai sensi del Piano Assicurativo CareMed, che fa parte della First Health Network". Se si viaggia fuori dagli Stati Uniti d'America, è possibile utilizzare qualsiasi ente o struttura sanitaria di propria scelta. Se occorre assistenza per trovare una struttura sanitaria nella propria zona, si prega di contattare CareMed Assist, il nostro centro di assistenza disponibile 24 ore su 24.

Esistono due Centri Richieste di Risarcimento che evadono le richieste relative all'assicurazione internazionale viaggi CareMed. Il Centro Richieste di Risarcimento competente dipende dal Paese di destinazione.

Claim Center 1

Se la destinazione di viaggio è il Nord o Sud America
CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Orario di apertura: 9:00 - 17:00 EST
Tel.: +1 203-399 5130
Tel.: +1 866-404 2062 (premere #1)
Fax: +1 203 399 5596
E-mail: claimhelp@culturalinsurance.com

Claim Center 2

Se la destinazione di viaggio è: qualsiasi altro Paese al di fuori del Nord e Sud America

CareMed Claims
Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12
60439 Frankfurt, Germany
Orario di apertura: 8:30 - 17:00 CET
Tel.: +49 (0)69-756 13 6722
Fax.: +49 (0)69-756 13 4350
E-mail: claims.service@chubb.com

- Entro 60 giorni dal ricevimento della prima parcella medica, si prega di inviare quanto segue per posta, posta elettronica o fax al Centro Richieste di Risarcimento competente (è possibile anticipare tutti i documenti per e-mail, il nostro personale richiederà i documenti originali se necessario):
 - modulo di Richiesta di Risarcimento compilato dall'Assicurato o dal suo legale rappresentante
 - tutte le parcelle, le ricevute e i documenti relativi alla richiesta di risarcimento in questione, dettagliati voce per voce (ricordare di tenere per sé una copia)
 - referti consegnati dal medico, compresi eventuali relazioni, documenti di laboratorio e radiografici, ecc.

Racchiudere tutto in una busta e inviare al Centro Richieste di Risarcimento competente di cui sopra. L'Assicuratrice si riserva il diritto di rifiutare il pagamento qualora sia impossibile accertare il motivo e la necessità delle cure sanitarie a causa di ritardo o incompletezza della Richiesta di Risarcimento.

- Chiamare il numero CareMed Assist, attivo 24 ore su 24, prima di un ricovero ospedaliero o di un intervento chirurgico. La chiamata potrebbe essere soggetta a pagamento della tariffa standard.

- Presentare la conferma CareMed ad ogni fornitore di servizi sanitari prima di ricevere le terapie.

- È diritto del medico o di altro fornitore di servizi medici chiamare il Centro Richieste di Risarcimento o CareMed Assist per ottenere una verifica dei benefici assicurativi.

- L'Assicurato deve completare il modulo di risarcimento per ogni richiesta di risarcimento. Per ottenere moduli aggiuntivi, andare sul sito CareMed www.caremed-assistance.com o contattare il Centro Richieste di Risarcimento.

- In alcuni casi potrebbe essere chiesto all'Assicurato di provvedere al pagamento del medico/della struttura sanitaria prima di ricevere prestazioni mediche. In questo caso, raccomandiamo la seguente procedura:

- contattare CareMed Assist e spiegare la situazione. CareMed Assist sarà in grado di confermare al medico/alla struttura sanitaria le coperture, i termini e condizioni dell'assicurazione, attestando che l'Assicurato ha diritto al servizio.
- Se del caso, CareMed Assist potrà fornire al medico/alla struttura sanitaria una Lettera di garanzia.
- Se il medico o la struttura sanitaria continua a richiedere il pagamento anticipato, l'Assicurato non dovrà far altro che completare un modulo di Richiesta di Risarcimento CareMed e inviarlo insieme a tutte le informazioni del caso, come descritto nella clausola sulle richieste di risarcimento.

In caso di domande generali relative al piano assicurativo viaggi CareMed è possibile consultare il sito web CareMed www.caremed-assistance.com o contattare CareMed Assist. Per domande su una richiesta di risarcimento già esistente, contattare il Centro Richieste di Risarcimento.

Per motivi di protezione della privacy, solo gli uffici di richieste di risarcimento sono in grado di fornire informazioni sulle richieste di risarcimento presentate.

CareMed Assist - servizio assistenza emergenze 24 ore su 24

Il Piano di Assicurazione CareMed include CareMed Assist, un servizio di assistenza medica d'emergenza 24 ore su 24 in tutto il mondo. In caso di emergenza durante la validità della polizza, l'Assicurato potrà usufruire di guida e assistenza multilingue. Per accedere a questi servizi è necessario chiamare CareMed Assist ai numeri telefonici indicati in basso. Si fa presente che il numero da chiamare varia in base al Paese di destinazione.

CareMed Assist 24 ore
Numeri ed e-mail per emergenze sanitarie:

Nord e Sud America
+1-855-657 3434

E-mail: caremed-assist@axa-assistance.us

Tutte le altre destinazioni
+49 69 75613 6991

E-mail: caremed-assist@axa-assistance.de

1. Tutti i servizi di trasporto medico assicurati ai sensi di questa polizza devono essere approvati e disposti da CareMed Assist. Qualora si provveda ai seguenti servizi di trasporto senza avere prima contattato CareMed Assist, potrebbe essere negato o ridotto il pagamento del risarcimento:
 - ritorno al Paese di residenza dell'Assicurato
 - indennità di trasporto e soggiorno per genitori
 - rimpatrio di persona deceduta
2. Segue un breve riepilogo dei servizi aggiuntivi forniti da CareMed Assist

Assistenza sanitaria

- Affidamento a First Health Network
- Monitoraggio sanitario
- Sostituzione/spedizione di medicinali soggetti a prescrizione medica
- Trasmissione di messaggi di emergenza

Assistenza in viaggio

- Assistenza nell'ottenere cassa di emergenza (CareMed Assist può fornire assistenza nell'ottenere un anticipo di fondi per emergenze in viaggio coordinandosi direttamente con la famiglia, la società emittitrice di carte di credito, la banca, il datore di lavoro, l'ente assistenziale o altre fonti di credito).
- Rintracciamento di bagagli smarriti o ritardati se smarriti su un vettore comune
- Sostituzione di biglietti aerei smarriti o rubati

Assistenza Tecnica

- Ricerca di servizi legali
- Servizi di cauzione

Scheda informativa sul prodotto

Scopo della presente scheda informativa è di fornire una rapida panoramica delle varie opzioni disponibili. Si tenga presente, tuttavia, che essa non contiene tutte le informazioni relative alla polizza. Per una versione completa dei contenuti della polizza, consultare i termini e le condizioni di assicurazione. Ciascuna delle seguenti opzioni di copertura assicurativa è valida solo se esplicitamente conclusa dall'Assicurato, cioè se è inclusa nella copertura assicurativa da lui/lei selezionata.

Che tipo di assicurazione è questa?

Il Piano assicurativo internazionale viaggi CareMed è un'assicurazione di viaggio valida per un periodo limitato di permanenza fuori dalla propria Patria. L'estensione dell'assicurazione e le prestazioni individuali ad essa associate sono determinate dal piano assicurativo scelto.

Cosa va a coprire l'assicurazione?

a) Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio (HA)

L'assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio copre le terapie mediche essenziali per malattia o lesioni riportate viaggiando fuori dal proprio Paese durante il periodo di copertura. Vi sono comprese sia le terapie prestate da un dottore che le terapie e medicazioni ospedaliere. Per una descrizione

completa della copertura fornita, si rimanda alla sezione "Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio".

b) Assicurazione di indennizzo per infortuni in viaggio (I)

Acquistando la prestazione di indennizzo per infortuni subiti in viaggio, il piano pagherà una somma una tantum (prestazione di invalidità) per disabilità permanente conseguente ad un infortunio (es. mobilità limitata, paralisi o amputazione). Il livello di prestazione d'invalidità dipende dalla somma assicurata e dal grado di menomazione subito. Per una descrizione completa della copertura fornita, si rimanda alla sezione "Assicurazione di indennizzo per infortuni subiti in viaggio".

c) Assicurazione di assistenza in viaggio (T)

Se il piano assicurativo include l'assicurazione di assistenza in viaggio, l'Assicuratrice coprirà le spese di trasporto e alloggio per familiari stretti in caso di ricovero dell'Assicurato in pericolo di morte oppure in caso di un certo periodo di degenza in ospedale. Per una descrizione completa dell'assicurazione di assistenza in viaggio (T), si rimanda alla sezione "Assistenza in viaggio".

d) Assicurazione sul bagaglio in viaggio (L)

Acquistando la prestazione assicurativa sul bagaglio in viaggio, questo piano coprirà la perdita o il danneggiamento di bagagli depositati oppure la perdita o il danneggiamento di bagagli a seguito di furto, incendio o eventi naturali. Per una descrizione completa della copertura fornita, si rimanda alla sezione "Assicurazione sul bagaglio in viaggio".

e) Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio (3)

Se la polizza assicurativa include un'assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio, l'Assicurato è coperto durante il viaggio contro i pericoli della vita quotidiana per i quali vige la responsabilità e l'obbligo di risarcire altri. In tali casi, l'Assicuratrice non solo regolerà i risarcimenti, ma controllerà anche se, e in quale misura, sussiste una responsabilità di compensazione. Eventuali denunce di danni non giustificate verranno esaminate e gestite dall'Assicuratrice per conto dell'Assicurato; in tale ambito il piano offre anche tutela legale in caso di richieste di assunzione di responsabilità ingiustificate. Per una descrizione completa della copertura fornita, si rimanda alla sezione "Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio".

Quando occorre versare i premi?

I premi assicurativi dovranno essere versati a CareMed prima della decorrenza dell'assicurazione. Nei casi in cui la polizza venga inviata dopo la decorrenza della copertura, il premio deve essere versato entro 14 giorni dal ricevimento della polizza.

Che cosa non è assicurato?

Alcuni eventi sono esclusi dalla copertura assicurativa. In particolare, non esiste copertura assicurativa in alcun campo nei seguenti casi: se il titolare della polizza o l'Assicurato hanno volutamente provocato l'evento coperto dall'assicurazione.

- In relazione all'Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio: ogni lesione o malattia che siano una condizione preesistente.
- In relazione all'Assicurazione di indennizzo per infortuni subiti in viaggio: infortuni implicanti ubriachezza o consumo di droghe; infortuni causati da turbe psichiche o riduzione dello stato di coscienza.
- In relazione all'Assicurazione dei bagagli in viaggio: denaro o contanti, titoli, biglietti e documenti di qualsiasi tipo e gioielli o oggetti di valore lasciati nel bagaglio al check-in e in veicoli parcheggiati.
- In relazione all'Assicurazione viaggi: disposizioni non coordinate tramite CareMed Assist.
- In relazione all'Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio: per danni a oggetti prestati, presi in prestito o a noleggio o di proprietà della famiglia ospitante, tranne quanto previsto nella copertura assicurativa del capo famiglia ospitante.

Quali obblighi nascono al momento della conclusione del contratto?

All'atto della conclusione del contratto è necessario avere rivelato tutte informazioni complete e veritiere. In caso contrario non è garantita la copertura assicurativa.

Quali obblighi è necessario adempiere se si verifica un evento coperto dall'assicurazione?

Fare in modo di limitare il danno il più possibile. Evitare tutto ciò che potrebbe portare ad un aumento non necessario dei costi. Avvisare immediatamente l'Assicuratrice circa il danno subito. Per ulteriori obblighi, si rimanda ai sottostanti "Obblighi e clausole generali" e a

"Obblighi e clausole generali per la prestazione di responsabilità personale".

Quali sono le conseguenze legali in caso di mancato adempimento dei propri obblighi?

Molto importante: se l'Assicurato viola i propri obblighi, l'Assicuratrice ha il diritto di ridurre le prestazioni dovute di un ammontare corrispondente alla gravità della violazione, fino alla perdita completa della copertura assicurativa. Per maggiori dettagli in tal senso, si rimanda a "Obblighi e clausole generali" e a Obblighi e clausole generali per la prestazione di responsabilità personale".

Dove inizia e dove termina la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa comincia al più presto con il pagamento dei premi, sebbene non prima della data di decorrenza concordata, e termina alla data di scadenza concordata.

Preambolo al contratto assicurativo internazionale di viaggio CareMed

CareMed GmbH fornisce all'Assicurato programmi assicurativi internazionali di viaggio messi in vendita con il marchio commerciale CareMed®.

L'Assicuratrice è Chubb European Group Limited, con sede a Francoforte, Germania, di seguito denominata "L'Assicuratrice". L'Assicuratrice offre copertura assicurativa in base alle opzioni di copertura selezionate nella polizza assicurativa.

I diversi insiemi di benefici assicurativi previsti dal piano assicurativo viaggi CareMed sono denominati Gold G, Silver S e Bronze B. Le prestazioni possono essere concordate senza un valore scoperto "A" o con un valore scoperto di €/US\$ 50 "B", €/US\$ 100 "C", o €/US\$ 250 "D" per ciascun sinistro. Il tipo e l'estensione delle prestazioni, i limiti geografici nonché la decorrenza e la fine della copertura assicurativa sono spiegati nei codici assicurativi seguenti, e documentati sulla conferma di assicurazione CareMed. Il presente opuscolo contiene una descrizione delle prestazioni assicurative e dei servizi CareMed Assist. Tutti i piani assicurativi includono CareMed Assist.

Assicurarsi di leggere tutte le limitazioni, esclusioni e clausole di questo piano poiché esso non copre tutte le eventualità.

Codici assicurativi (indicati sulla polizza e sulla conferma)

HA	-	Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio
X	-	Copertura per sport pericolosi
E	-	Assicurazione contro le emergenze in viaggio
I	-	Indennizzo in caso di infortunio in viaggio
T	-	Assistenza in viaggio
L	-	Assicurazione sul bagaglio in viaggio
3	-	Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio
TC	-	Assicurazione per cancellazione viaggio
Z1	-	Destinazione: tutto il mondo, inclusi USA e Canada, tranne nome paese
Z2	-	Destinazione: tutto il mondo, tranne USA, Canada e nome paese Quest'assicurazione non vale nella misura in cui sanzioni economiche o commerciali (ad es., OFAC) o altre leggi o norme ci proibiscano di fornire assicurazione, tra cui, ma senza limitarsi a ciò, il pagamento di richieste di risarcimento. Tutti gli altri termini e condizioni della polizza restano invariati.
Per un elenco dei paesi sanzionati dall'OFAC, visitare: http://www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx		
L	-	A lungo termine
S	-	A breve termine
G	-	Piano CareMed Gold (copertura sanitaria illimitata)
S	-	Piano CareMed Silver (copertura sanitaria max di €/US\$ 250.000)

B	-	Piano CareMed Bronze (copertura sanitaria max di €/US\$ 50.000)
A	-	Senza valore scoperto
B	-	Valore scoperto di €/US\$ 50
C	-	Valore scoperto di €/US\$ 100
D	-	Valore scoperto di €/US\$ 250

Esempi di codici assicurativi in un numero di polizza:

- HA1L3Z1LGA
- Opzione onnicomprensiva (assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio, indennizzo in caso di infortunio in viaggio, assistenza in viaggio, assicurazione sul bagaglio in viaggio, assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio)
 - In tutto il mondo, inclusi USA e Canada
 - A lungo termine
 - Copertura Gold
 - Senza valore scoperto in caso di costi sanitari

HAZ1LSB

- Assicurazione sanitaria e contro gli infortuni in viaggio
- In tutto il mondo, inclusi USA e Canada
- A lungo termine
- Copertura Silver
- Valore scoperto di €/US\$ 50

CHUBB®

Identità dell'Assicuratrice:

Chubb European Group Limited
100 Leadenhall Street, London, EC3A 3BP
Iscritta al Registro delle Imprese in Inghilterra al n. 1112892.
Chubb European Group Limited è valutata AA da Standard & Poor's e A++ da A.M. Best

Garante per la polizza
Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Germany

Iscritta al registro delle imprese al numero: HRB Frankfurt 58029
La sede della società è a Londra, Regno Unito.

Attività commerciale principale

Gestione di tutti i rami assicurativi di natura patrimoniale e personale (escluse assicurazioni sulla vita e assicurazioni sanitarie sostitutive), settore della riassicurazione e della vendita e distribuzione di tutti i tipi di assicurazione.

Autorità di vigilanza

Chubb European Group Limited è autorizzata e regolamentata da Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA, UK. Chubb Germany è inoltre regolamentata dall'Autorità di Vigilanza Federale sui Servizi Finanziari (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, www.bafin.de.

Informazioni concernenti le prestazioni assicurate

Caratteristiche essenziali / base giuridica

Le basi del contratto assicurativo sono la domanda dell'Assicurato (laddove disponibile), i presenti termini e condizioni assicurativi nei quali sono state inserite le tariffe da noi stabilite, la polizza assicurativa e la legge che governa i contratti assicurativi [VVG].

La presente assicurazione tutela l'Assicurato contro gli infortuni fornendo le prestazioni elencate nella polizza assicurativa e descritte di seguito. Noi, in qualità di Assicuratrice, forniamo le prestazioni assicurative concordate contrattualmente nell'ambito dei presenti termini e condizioni assicurativi.

Costi e modalità di pagamento

Ad eccezione del premio indicato nella polizza assicurativa (inclusa l'imposta sulle assicurazioni a norma di legge), l'Assicurato non dovrà sostenere altri costi per il perfezionamento del contratto e la copertura assicurativa.

Il premio deve essere versato secondo la modalità di pagamento indicata nella polizza assicurativa.

Periodo di validità

È nostro diritto modificare in ogni momento questi termini e condizioni assicurative per i nuovi contratti, ma non per quelli esistenti.

Siamo vincolati alla nostra offerta (quotazione) per 30 giorni.

Perfezionamento del contratto

Il contratto si perfeziona con la nostra conferma di copertura. La decorrenza del contratto e della copertura assicurativa è la data indicata nella polizza assicurativa.

Istruzioni riguardanti la revoca

1. Diritto di revoca

È diritto dell'Assicurato revocare la propria dichiarazione contrattuale entro 14 giorni per iscritto (es., lettera, fax, e-mail) senza dover indicare alcun motivo.

Tale termine decorrerà dalla data in cui l'Assicurato avrà ricevuto in forma scritta la polizza assicurativa, le disposizioni contrattuali, tra cui i nostri Termini e Condizioni Assicurative Generali, nonché le informazioni contrattuali secondo l'§ 7, par. 2 della legge che governa i contratti assicurativi e le presenti istruzioni.

Nelle transazioni commerciali elettroniche (domanda online oppure perfezionamento di contratto online), il termine di revoca non inizierà a decorrere prima che abbiamo soddisfatto anche gli obblighi aggiuntivi specificatamente validi per tale metodo di vendita secondo l'§ 312e, par. 1, prima frase del Codice Civile Tedesco (mezzi per la correzione di dati erroneamente inseriti, conferma della domanda).

Per salvaguardare il termine di revoca è sufficiente inviare in tempo la revoca stessa. La revoca dovrà essere indirizzata a CareMed: CareMed GmbH, Budapeststr. 4, 53111 Bonn, Germany, indirizzo e-mail: info@caremed-travel.com

2. Conseguenze della revoca

In caso di revoca valida, la copertura assicurativa terminerà e rimborseremo all'Assicurato la parte di premio relativa al periodo di tempo successivo al ricevimento della revoca.

Possiamo trattenere la parte del premio relativa al periodo di tempo fino al ricevimento della revoca se l'Assicurato ha approvato che la copertura assicurativa abbia inizio prima che scada il termine di revoca. Se l'Assicurato non ha concesso tale consenso, o se la copertura assicurativa comincia solo dopo la scadenza del termine di revoca, rimborseremo all'Assicurato il premio totale.

I premi saranno rimborsati immediatamente e comunque non oltre 30 giorni dal ricevimento della revoca.

3. Istruzioni speciali

Il diritto di revoca è escluso se il contratto è stato adempiuto in pieno da entrambe le parti per desiderio espresso dell'Assicurato prima che abbia esercitato il proprio diritto di revoca.

Il diritto di revoca non sussiste per contratti di durata inferiore a un mese.

Termini e condizioni di risoluzione

Il contratto vale per il periodo di tempo indicato nella polizza assicurativa.

Sistema giuridico e foro competente

Il rapporto contrattuale sarà governato dal diritto tedesco. Foro competente per azioni legali contro Chubb scaturenti dal contratto assicurativo è Francoforte sul Meno. Se l'Assicurato è una persona fisica, questi potrà avvalersi della giurisdizione locale nel distretto in cui ha il proprio luogo di residenza nel momento in cui viene intentata l'azione legale o, in assenza di questo, il proprio luogo di dimora abituale.

Se l'Assicurato è una persona fisica, eventuali azioni legali scaturenti contro di lui dal contratto assicurativo devono essere intentate presso il tribunale competente per il suo luogo di residenza oppure, in assenza di tale luogo, il suo luogo di dimora abituale. Se l'Assicurato è una persona giuridica, il tribunale competente sarà quello relativo alla sua sede legale o filiale.

Qualora il luogo di residenza, la sede legale o la filiale siano situati in uno stato al di fuori dell'Unione Europea, Islanda, Norvegia o Svizzera, il foro competente sarà Francoforte sul Meno.

Lingua contrattuale

La lingua prevalente usata per il presente rapporto contrattuale e per la comunicazione con i titolari di polizze durante il periodo di validità contrattuale sarà l'inglese.

Difensore civico

La nostra società è membro dell'associazione dei difensori civici assicurativi. Per tutti i prodotti non sanitari è possibile ricorrere alle procedure gratuite di riconciliazione in sede extragiudiziale.

I difensori civici assicurativi possono occuparsi di reclami fino a un ammontare contestato pari attualmente a € 100.000,00.

Per contenziosi fino a un ammontare di € 10.000,00 ci impegniamo a rinunciare a rivolgerci a un tribunale e ad accettare la sentenza arbitrale del difensore civico.

Il difensore civico assicurativo può essere contattato all'indirizzo beschwerde@versicherungsbundsmann.de
P.O. Box 080632, 10006 Berlin.

I reclami possono essere presentati anche presso l'autorità disciplinare competente

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin),
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

All'Assicurato resta aperta la possibilità di adire le vie legali anche se ha contattato il Difensore civico o la BaFin.

Informazioni generali sull'Assicurazione viaggi CareMed

Sez. 1 Chi è assicurato?

Sono assicurate le persone nominate nel modulo di domanda di assicurazione o nel piano assicurativo purché abbiano un'età compresa fra 6 e 70 anni al momento della data di entrata in vigore dell'assicurazione, purché la polizza da loro richiesta sia confermata da CareMed e purché sia stato versato il premio a CareMed.

Sez. 2 Dove viene fornita la copertura

La polizza fornirà copertura su un programma/viaggio coperto con destinazioni in tutto il mondo. Dividiamo le destinazioni di viaggio in due zone

- Zona 1 – destinazioni di viaggio in tutto il mondo inclusi USA e Canada, tranne nome paese
- Zona 2 – destinazioni di viaggio in tutto il mondo tranne USA, Canada e nome paese

Non verrà fornita copertura assicurativa nella Patria dell'Assicurato.

Sez. 3 Quando inizia e quando termina la copertura dell'Assicurato?

1. La polizza decorrerà alle ore 00:01 dell'ultima data tra le seguenti:

- a) data di entrata in vigore scelta dall'Assicurato, purché sia stato versato il relativo premio prima dell'inizio del programma/viaggio coperto; oppure
- b) data in cui CareMed accetta la Domanda di assicurazione e il premio; oppure
- c) momento in cui l'Assicurato parte dalla propria Patria.

2. La polizza avrà termine al verificarsi del primo tra i seguenti eventi:

- a) alle ore 23:59 del giorno stipulato sulla conferma di assicurazione come data di termine dell'assicurazione; oppure
- b) al ritorno in Patria dell'Assicurato; oppure
- c) allo scadere della data coperta dai premi versati.

3. La durata massima di copertura per qualunque periodo assicurativo non può superare i 13 mesi.

4. La copertura assicurativa si estenderà oltre la data termine specificata sulla conferma di assicurazione se:

- a) il viaggio di ritorno dell'Assicurato viene sospeso a causa di ritardi nei trasporti per i quali l'Assicurato non può essere ritenuto responsabile, ma non oltre 72 ore;
 - b) L'Assicurato è ricoverato in ospedale alla data di scadenza della polizza e dichiarato inabile al trasporto da un medico, fino a un periodo massimo di 90 giorni; e
 - c) se può essere accertato che la durata dell'anno scolastico viene prolungata a causa di un evento imprevisto.
- Se l'Assicurato rifiuta di pagare il premio relativo alla proroga, la copertura avrà termine alla data di scadenza originale riportata sulla conferma di assicurazione.

Sez. 4 L'Assicurato può prorogare la polizza?

I contratti assicurativi originali non vengono prorogati, tuttavia l'Assicurato può richiedere periodi assicurativi aggiuntivi soggetti alle condizioni assicurative vigenti in quel momento. Eventuali condizioni preesistenti non saranno applicate nel periodo di copertura successivo.

Sez. 5 Quali limiti di prestazione assicurativa si applicano?
I limiti di prestazione ai sensi della polizza sono espressi in valuta US\$ o € in base ai Paesi in cui ha viaggiato l'Assicurato:
USA e Canada: i limiti di prestazione sono espressi in US\$
Ogni altro Paese tranne USA e Canada: i limiti di prestazione sono espressi in €

Piano delle prestazioni

Le seguenti coperture non sono disponibili per tutti gli Assicurati. Il numero di polizza sulla conferma di assicurazione CareMed definisce quali coperture spettano all'Assicurato. Per interpretare il proprio numero di polizza e le coperture disponibili, si prega di consultare i Codici Assicurativi a pagina 3.

Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio (HA)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Periodo di prestazione: spese sostenute durante il periodo di copertura dell'Assicurato			
Spese sanitarie in caso di lesione, incidente e malattia acuta	€/US\$ illimitate	€/US\$ 250.000	€/US\$ 50.000
Opzioni di scoperto - per ciascuna lesione o malattia	€/US\$ 0, 50, 100, 250	€/US\$ 0, 50, 100, 250	€/US\$ 0, 50, 100, 250
Rimpatrio sanitario	€/US\$ 100.000	€/US\$ 50.000	€/US\$ 25.000
Rimpatrio di resti mortali	€/US\$ 25.000	€/US\$ 25.000	€/US\$ 25.000
Valore scoperto per malattia senza carattere di urgenza trattata al pronto soccorso (solo per USA e Canada)	US\$ 250	US\$ 250	US\$ 250
Scelta del medico/ospedale	USA: Per la First Health Network, contattare il fornitore di assistenza o www.caremed-assistance.com In altri paesi: libera scelta		
Terapie odontoiatriche di emergenza – trattamento antalgico	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Terapie odontoiatriche in caso di incidente	€/US\$ 1.500	€/US\$ 750	€/US\$ 500
Valutazione psichiatrica	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Turba mentale / nervosa	€/US\$ 500	€/US\$ 250	€/US\$ 100
Paziente esterno:			
fisioterapia	€/US\$ 750	€/US\$ 500	€/US\$ 250
Radiodiagnostica, ecografie e servizi di laboratorio	€/US\$ 1.000	€/US\$ 500	€/US\$ 500
TAC e RM diagnostiche	€/US\$ 2.000	€/US\$ 1.000	€/US\$ 1.000
Dispositivi medici	€/US\$ 250	€/US\$ 150	€/US\$ 100
Le prestazioni sanitarie di cui sopra sono soggette alle condizioni, limitazioni ed esclusioni della presente polizza.			
Assicurazione contro le emergenze in viaggio (E)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Terapie odontoiatriche di emergenza – trattamento antalgico	€/US\$ 500	-	-
Terapie odontoiatriche in caso di incidente	€/US\$ 1.500	-	-
Rimpatrio sanitario	€/US\$ 100.000	-	-
Rimpatrio di resti mortali	€/US\$ 25.000	-	-
Assicurazione di indennizzo per infortuni in viaggio (I)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Morte	€/US\$ 13.000	€/US\$ 13.000	€/US\$ 13.000
* Invalidità completa	max €/US\$ 50.000	max €/US\$ 50.000	max €/US\$ 10.000
Spese di salvataggio, ricerca e soccorso	€/US\$ 5.000	€/US\$ 5.000	€/US\$ 5.000
* Copre la compensazione per invalidità e perdita della vita o di arti i costi sanitari risultanti da incidenti sono coperti dall'Assicurazione Sanitaria di Viaggio e sono soggetti ai massimali.			
Assistenza in viaggio (T)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Prestazione per ricongiungimento familiare	€/US\$ 2.500	€/US\$ 2.000	€/US\$ 1.500
Prestazione per viaggio interrotto (disponibile solo per	€/US\$ 2.000	€/US\$ 1.500	€/US\$ 1.000

viaggiatore a lungo termine, da 3 mesi e oltre)			
Assicurazione sul bagaglio in viaggio (L)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Scoperto per ciascun evento (non si applica a bagaglio depositato)	€/US\$ 50	€/US\$ 50	€/US\$ 50
Furto/danneggiamento di proprietà personale	€/US\$ 1.500	€/US\$ 1.000	€/US\$ 500
Preziosi (orologi, computer portatili, ecc.) – 50% della somma assicurata	€/US\$ 750	€/US\$ 500	€/US\$ 250
Ritardo bagaglio depositato	€/US\$ 500	€/US\$ 500	€/US\$ 500
Occhiali e lenti a contatto	€/US\$ 250	€/US\$ 250	€/US\$ 250
Biglietto aereo smarrito	€/US\$ 100	€/US\$ 100	€/US\$ 100
Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio (3)	CareMed GOLD	CareMed SILVER	CareMed BRONZE
Responsabilità personale	€/US\$ 1.000.000	€/US\$ 100.000	€/US\$ 50.000
Danni materiali	€/US\$ 150.000 complessivamente per responsabilità personale e danni materiali non superiori a €/US\$ 1.000.000	€/US\$ 25.000 complessivamente per responsabilità personale e danni materiali non superiori a €/US\$ 100.000	€/US\$ 15.000 complessivamente per responsabilità personale e danni materiali non superiori a €/US\$ 50.000
Il limite cumulativo per la copertura di responsabilità personale per ciascun Assicurato è pari al limite di cui sopra.			

Definizioni generali

Acuto significa avente un'insorgenza rapida; non cronico.

Automobile indica un veicolo terrestre a motore, motrice o semirimorchio (incluso qualsiasi macchinario o apparato fissato ad esso) immatricolato o autorizzato a viaggiare su strade pubbliche.

Periodo di prestazione indica il periodo di tempo concesso all'Assicurato per ricevere cure per una lesione o malattia coperti.

Malattia cronica indica una condizione di lunga durata e ricorrente, o caratterizzata da lunghe sofferenze.

Programma/viaggio coperto indica qualsiasi tipo di viaggio all'estero programmato, indicato nella domanda e per il quale l'Assicurato ha versato a CareMed il premio richiesto. Questa polizza non ha valore quando l'Assicurato si trova nel proprio luogo di residenza permanente.

Valore scoperto indica l'ammontare di spese coperte che l'Assicurato deve pagare prima di poter esigere le prestazioni previste in questo piano.

Persona idonea indica una persona di almeno 6 anni di età e che non ha ancora raggiunto i 70 anni alla decorrenza dell'assicurazione, la cui iscrizione è stata confermata e accettata da CareMed prima della decorrenza dell'assicurazione dandone avviso all'Assicurato, e il cui relativo premio è stato versato.

Sport estremi indica attività atletiche che implicano un elevato grado di pericolo o rischio.

Familiare indica un coniuge, genitore, nonno/nonna, fratello/sorella o figlio/figlia dell'Assicurato.

Patria indica il Paese in cui l'Assicurato: 1) ha la propria vera, fissa e stabile dimora e la residenza principale; e che 2) ha dichiarato a CareMed al momento dell'iscrizione.

Ospedale indica, salvo diversa indicazione, un ospedale (diverso da un istituto per anziani, malati cronici o convalescenti, case di riposo o di assistenza infermieristica) gestito a termini di legge per la cura e il trattamento di persone malate o infortunate, dotato di strutture diagnostiche e chirurgiche organizzate e di assistenza infermieristica e supervisione medica 24 ore al giorno. Indica un luogo che

1. è gestito a termini di legge allo scopo di fornire cure e trattamenti medici a persone malate o infortunate per le quali viene generata

una spesa che l'Assicurato è obbligato per legge a pagare in assenza di assicurazione;

2. fornisce tali cure e trattamenti in strutture mediche, diagnostiche o chirurgiche in locali propri o predisposti per suo uso;
3. fornisce assistenza infermieristica 24 ore al giorno sempre sotto la supervisione di un infermiere abilitato; e
4. opera sotto la supervisione di una équipe di uno o più medici. Ospedale indica anche un luogo che è accreditato quale ospedale dalla Joint Commission on Accreditation of Hospitals, dall'American Osteopathic Association, o dalla Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO).

Ospedale non indica:

- una casa o struttura di convalescenza, assistenza infermieristica o riposo, o una casa per anziani;
- un luogo che fornisce principalmente terapie a detenuti, terapie educative o riabilitative;
- una struttura usata principalmente per il trattamento di tossicodipendenti o alcolisti.

Famiglia ospitante indica la(e) persona(e) responsabile(i) della fornitura di alloggio, vitto, assistenza generale e cure all'Assicurato mentre svolge un programma/viaggio coperto.

Malattia indica malessere o morbo di qualsiasi tipo, contratto e avente inizio mentre è in vigore il presente piano. Qualsiasi complicazione o disturbo derivante da una malattia per la quale l'Assicurato sta ricevendo o ha ricevuto terapie saranno considerate facenti parte della malattia originaria.

Assicurato indica una persona idonea ad essere coperta dalla presente polizza.

Lesione indica una lesione corporale provocata unicamente e direttamente mediante mezzi violenti, accidentali, esterni e visibili indipendenti da malattia.

Degente indica che l'Assicurato è ricoverato in un istituto ed è tenuto al pagamento di vitto e alloggio.

Assicuratrice indica Chubb European Group Limited

Mentale e nervosa indica qualsiasi condizione o malattia classificata come disturbo mentale nell'edizione più recente della Classificazione Internazionale delle Malattie, che presenta disturbi comportamentali o psicologici clinicamente significativi contrassegnati da un pronunciato scostamento dal normale stato di salute, e attualmente associata a un sintomo o menomazione dolorosi in una o più aree funzionali importanti. Non è da considerarsi malattia la sola mancanza di una risposta prevedibile a un particolare stimolo. Non rientrano tra le malattie mentali i disturbi dell'apprendimento, disturbi attitudinali o problemi disciplinari.

Alpinismo indica lo sport, hobby o professione in cui si praticano camminate, escursionismo e ascensione di montagne: 1) utilizzando imbracature, corde, ramponi o piccozze; oppure 2) salendo a 4.500 metri o oltre.

Valore scoperto per malattia senza carattere di urgenza trattata al pronto soccorso indica l'ammontare di spese coperte che vanno a carico dell'Assicurato quando riceve servizi in un pronto soccorso per una malattia. L'Assicuratrice rinuncerà al proprio diritto al valore scoperto quando: 1) L'Assicurato è stato ricoverato come degente in ospedale; oppure 2) la malattia comporta rischio di morte. Ai fini di questa definizione "rischio di morte" indica una forte possibilità che la malattia o la situazione abbia esito mortale per il paziente.

Paziente esterno indica che l'Assicurato riceve cure in un ospedale o altro istituto (centro chirurgico ambulatoriale, struttura di assistenza infermieristica specialistica/di convalescenza) o studio medico, per una malattia o lesione per le quali l'Assicurato non paga vitto e alloggio.

Paracadutismo indica un'attività che implica il lanciarsi in caduta libera da un aeroplano usando un paracadute.

Periodo di copertura significa periodo di validità della polizza emessa dall'Assicuratrice nei confronti dell'Assicurato, iniziante dal

momento cui decorre la copertura e terminante nel momento in cui finisce la copertura.

Medico indica un dottore in medicina o un dottore in osteopatia abilitato a prestare servizi medici o praticare interventi chirurgici secondo le leggi della giurisdizione in cui esercita tali servizi professionali; tale definizione esclude chiropratici e fisioterapisti.

Condizione preesistente indica ogni lesione o malattia che soddisfa i seguenti criteri:

condizione(i) che avrebbe(ro) indotto una persona a cercare consulenza medica, diagnosi, cura o trattamento durante i 12 mesi precedenti all'effettiva data di copertura, e/o condizione(i) per la(e) quale(i) sono stati consigliati, ricevuti o comunicati accertamento, consulenza medica, diagnosi, cura o trattamento durante i 12 mesi precedenti all'effettiva data di copertura.

Ricette mediche:

1. devono essere prescritte dal medico in conseguenza di una lesione o malattia coperte dal Piano Assicurativo CareMed.
2. Le ricette vanno sempre pagate in anticipo (secondo la formula "Paga e Presenta"). Spetta poi all'Assicurato completare e presentare un modulo di richiesta di risarcimento.
3. Insieme al modulo di richiesta di risarcimento deve essere presentata la ricevuta di pagamento della ricetta (non si accettano scontrini di grandi magazzini).

Ragionevole e consueto indica l'ammontare massimo che l'Assicuratrice stabilisce essere ragionevole e consueto per prestazioni coperte ricevute dall'Assicurato, e che può arrivare ad uguagliare ma non superare le spese effettivamente fatturate. Questo ammontare massimo individuato dall'Assicuratrice tiene conto di:

- prezzi praticati da altri fornitori di servizi per un servizio uguale o simile nella località in cui viene ricevuto, considerando la natura e la gravità della lesione corporale o malattia in relazione alla quale si ricevono tali servizi e forniture;
- qualsiasi trattamento medico comune che richieda tempo, perizia o esperienza aggiuntivi; e
- altri fattori che l'Assicuratrice stessa ritenga rilevanti, ivi compreso tra l'altro un sistema come il "Resource Based Relative Value Scale" per calcolare il valore delle prestazioni sanitarie.

La riabilitazione è coperta come segue:

Degente: solo in ospedale, i centri di riabilitazione non sono coperti. Paziente esterno: i centri di riabilitazione sono coperti fino al limite indicato alla voce "Fisioterapia".

Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio (HA)

L'Assicuratrice pagherà tutte le spese coperte sostenute dall'Assicurato per curare una malattia o lesione acuta mentre si trova in viaggio all'estero, fino al limite indicato nel Piano delle prestazioni. Le spese coperte saranno le spese mediche necessarie, elencate sotto e che non fanno parte delle Esclusioni e Limitazioni:

- a) Spese ragionevoli e consuete addebitate da un medico per diagnosi, terapie e interventi chirurgici. Inoltre l'Assicuratrice provvederà anche al pagamento di metodi di esame e terapeutici e di farmaci che si siano dimostrati efficaci o che siano stati applicati empiricamente laddove non erano disponibili altri metodi classici di esame o terapia o farmaci tradizionali. L'Assicuratrice può limitare l'ammontare delle prestazioni pagate ai sensi della Polizza all'ammontare da pagare qualora fossero stati applicati metodi o farmaci esistenti.
- b) Rientrano fra gli eventi assicurati anche le terapie e le visite mediche necessarie a causa di gravidanza, purché la gravidanza non sia precedente alla decorrenza della copertura assicurativa. Il periodo di attesa fino al parto è di 8 mesi, contati dalla decorrenza della copertura assicurativa o dalla decorrenza della proroga se il contratto primario è stato prorogato. Qualora la gravidanza esistesse prima della decorrenza del contratto assicurativo la copertura includerà visite mediche e terapie prenatali, parto e aborto se necessari a causa di un peggioramento acuto e imprevisto della salute della madre o del bambino non ancora nato.

Costi terapeutici:

- visite e terapie in gravidanza, se la gravidanza non è precedente alla decorrenza del contratto assicurativo o del contratto di rinnovo.
- terapie in caso di aborto spontaneo
- parto alla scadenza del periodo previsto.
- c) Terapie e preparati medici prescritti all'Assicurato da un medico abilitato.
- d) Degenza in ospedali riconosciuti a livello generale.
- e) Trasporto dell'Assicurato, nella modalità ritenuta necessaria dal punto di vista medico, al più vicino ospedale nell'area geografica concordata a scopo di degenza e trasporto di ritorno al proprio alloggio.
- f) Dispositivi audio e fonici, ausili per la deambulazione, apparecchi di sostegno, supporti ortopedici, scarpe ortopediche, bende, supporti per ernia, calze elastiche, arti artificiali e sedie a rotelle. L'Assicuratrice rimborserà il costo o il noleggio della versione più semplice, fino a concorrenza del prezzo di acquisto di quegli ausili che sono necessari dal punto di vista medico per la cura di malattie acute o lesioni.
- g) Spese ospedaliere: tariffa giornaliera standard in stanza semi-privata comprensiva di vitto per ricovero in degenza e mantenimento in vita, incluse terapie infermieristiche standard, terapia intensiva, terapia coronarica. Le spese per pazienti esterni saranno coperte nello stesso modo di quelle di degenza. Se il soggiorno all'estero si svolge nella Repubblica Federale Tedesca la copertura assicurativa dell'ospedalizzazione sarà limitata ai costi di servizi ospedalieri generali e all'alloggio adeguato a tali servizi, nonché ai servizi medici e ad ogni spesa connessa.
- h) Spese per interventi chirurgici eseguiti in degenza o ambulatorialmente, comprese le spese di sala operatoria e le spese per il costo e la somministrazione di anestetici.
- i) farmaci prescritti da un medico;
- j) radiografie, ecografie, esami di laboratorio e diagnostici: parcelle per servizi tecnici e diagnostici;
- k) farmaci e dispositivi medici: limitatamente ad un periodo di 60 giorni;
- l) malattia mentale: solo le spese sostenute in conseguenza di cura o terapia farmacologica per malattia mentale, sia in regime di degenza che ambulatoriale;
- m) fisioterapia in regime di degenza o ambulatoriale;
- n) radiodiagnostica e servizi di laboratorio ambulatoriali fino alla prestazione massima erogabile. TAC e RM diagnostiche ambulatoriali fino alla prestazione massima erogabile per il periodo di vigore della polizza;
- o) trattamento odontoiatrico antalgico d'emergenza su denti integri e naturali;
- p) riguardo al trattamento odontoiatrico successivo a un incidente, l'assicurazione copre le spese di ricostruzione o sostituzione d'emergenza di denti intatti, naturali, danneggiati in conseguenza di un infortunio coperto.

Né l'Assicuratrice né CareMed Assist saranno responsabili della disponibilità, quantità e qualità o successo di ogni eventuale trattamento sanitario ricevuto dall'Assicurato o del rifiuto da parte dell'Assicurato di accettare l'assistenza sanitaria offerta.

TRASPORTO/RIMPATRIO SANITARIO

1. L'Assicuratrice pagherà i costi dell'eventuale trasporto disposto da CareMed Assist e da essa ritenuto necessario dal punto di vista sanitario per il trasferimento dell'Assicurato in conseguenza di lesione o malattia coperte dalla polizza. L'Assicuratrice pagherà anche i seguenti costi, necessari dal punto di vista sanitario per il trasporto dell'Assicurato:
 - a) al più vicino ospedale idoneo;
 - b) ad un ospedale idoneo nelle vicinanze del luogo di residenza stabile dell'Assicurato o a un ospedale nella Patria dell'Assicurato;
2. Quando possibile, per il trasporto di ritorno verrà utilizzato il biglietto del volo di ritorno dell'Assicurato.
3. Se l'Assicurato non è fisicamente in grado di proseguire le proprie attività a causa di una lesione o malattia coperta dall'assicurazione nell'ambito del programma (lavoro alla pari, tirocinio, lavoro e viaggio), il rimpatrio sanitario sarà considerato opportuno e ragionevole dal punto di vista medico. L'Assicuratrice rimborserà i costi aggiuntivi dovuti a una necessaria maggiorazione del biglietto.

TRATTAMENTO SANITARIO IN PATRIA:

se non è gravemente necessario che il medico fornisca immediatamente terapie mediche costose e indispensabili dal punto di vista medico, se i costi delle terapie nel Paese ospitante superano i costi per trasportare l'Assicurato a casa e se le condizioni di salute dell'Assicurato consentono detto trasporto, è diritto dell'Assicuratrice decidere di trasportare a casa l'Assicurato a spese dell'Assicuratrice affinché possa essere curato là. I costi di tali terapie ricevute in Patria dell'Assicurato non saranno sostenuti dall'Assicuratrice. Per prendere tale decisione l'Assicuratrice si baserà sulle condizioni di salute dell'Assicurato descritte nei referti medici. Se l'Assicuratrice decide di trasportare a casa l'Assicurato mentre l'Assicurato insiste comunque a voler essere curato nel Paese ospitante, i costi sostenuti per la terapia saranno esclusivamente a carico dell'Assicurato. In questo caso l'Assicuratrice si limiterà a rimborsare l'importo che avrebbe dovuto sostenere per trasportare a casa l'Assicurato. L'Assicuratrice rimborserà l'Assicurato in maniera diretta. L'Assicurato ha l'obbligo di prendere una decisione entro 72 ore dal ricevimento dell'avviso di trasporto da parte dell'Assicuratrice.

RIMPATRIO DI RESTI MORTALI

L'Assicuratrice provvederà al rimborso dei costi diretti sostenuti per il rimpatrio di resti mortali purché CareMed Assist abbia prima concesso l'approvazione e abbia organizzato il trasporto. Nell'eventualità di decesso dell'Assicurato il presente piano assicurativo pagherà le spese sostenute per ottenere la necessaria autorizzazione governativa, per la preparazione e il trasporto dei resti dell'Assicurato nel proprio luogo di residenza oppure nel luogo di sepoltura, imbalsamazione o cremazione in una bara o contenitore per trasporto aereo rispondente ai requisiti minimi necessari.

Copertura per sport pericolosi (X)

Eventuali spese mediche sostenute per curare una lesione da sport pericoloso sono ammesse fino a un massimo di €/US\$ 50.000,00 per lesioni subite prendendo parte ad un'attività sportiva pericolosa. Le attività sportive pericolose includono:

- a) Snowboard, corse su motoslitte, acqua scooter, motocicletta, veicolo fuoristrada o motoscooter;
- b) immersioni subacquee con uso di attrezzature respiratorie, a condizione che si possieda il certificato PADI o NAUI o un certificato riconosciuto all'interno del Paese ospitante;
- c) sci d'acqua, deltaplano, parapendio, paracadutismo, bungee jumping o "salto con elastico", zip line, speleologia;
- d) arti marziali (vale a dire boxe, taekwondo, karate), rafting in acque bianche, alpinismo, scalate di rocce sotto la supervisione di un istruttore/guida;
- e) qualsiasi attività sponsorizzata dall'organizzazione, scuola o università che l'Assicurato sta frequentando, o dal villaggio vacanze presso cui l'Assicurato sta soggiornando.

La copertura per sport pericolosi non include la copertura per attività considerate sport estremi.

Assicurazione contro le emergenze in viaggio (E)

L'Assicuratrice pagherà tutte le spese coperte sostenute dall'Assicurato per curare una malattia o lesione acuta mentre si trova in viaggio all'estero, fino al limite indicato nel Piano delle prestazioni. Le spese coperte saranno le spese mediche necessarie, elencate sotto e che non fanno parte delle Esclusioni e Limitazioni:

- a) trattamento odontoiatrico antalgico d'emergenza su denti integri e naturali.
- b) Riguardo al trattamento odontoiatrico successivo a un incidente, l'assicurazione copre le spese di ricostruzione o sostituzione d'emergenza di denti intatti, naturali, danneggiati in conseguenza di un infortunio coperto.

Né l'Assicuratrice né CareMed Assist saranno responsabili della disponibilità, quantità e qualità o successo di ogni eventuale trattamento sanitario ricevuto dall'Assicurato o del rifiuto da parte dell'Assicurato di accettare l'assistenza sanitaria offerta.

TRASPORTO/RIMPATRIO SANITARIO

1. L'Assicuratrice pagherà i costi dell'eventuale trasporto disposto da CareMed Assist e da essa ritenuto necessario dal punto di vista sanitario per il trasferimento dell'Assicurato in conseguenza di lesione o malattia coperte dalla polizza. L'Assicuratrice

pagherà anche i seguenti costi, necessari dal punto di vista sanitario per il trasporto dell'Assicurato:

- al più vicino ospedale idoneo;
 - ad un ospedale idoneo nelle vicinanze del luogo di residenza stabile dell'Assicurato o a un ospedale nella Patria dell'Assicurato;
2. Quando possibile, per il trasporto di ritorno verrà utilizzato il biglietto del volo di ritorno dell'Assicurato.
3. Se l'Assicurato non è fisicamente in grado di proseguire le proprie attività a causa di una lesione o malattia coperta dall'assicurazione nell'ambito del programma (lavoro alla pari, tirocinio, lavoro e viaggio), il rimpatrio sanitario sarà considerato opportuno e ragionevole dal punto di vista medico. L'Assicuratrice rimborserà i costi aggiuntivi dovuti a una necessaria maggiorazione del biglietto.

RIMPATRIO DI RESTI MORTALI

L'Assicuratrice provvederà al rimborso dei costi diretti sostenuti per il rimpatrio di resti mortali purché CareMed Assist abbia prima concesso l'approvazione e abbia organizzato il trasporto. Nell'eventualità di decesso dell'Assicurato il presente piano assicurativo pagherà le spese sostenute per ottenere la necessaria autorizzazione governativa, per la preparazione e il trasporto dei resti dell'Assicurato nel proprio luogo di residenza oppure nel luogo di sepoltura, imbalsamazione o cremazione in una bara o contenitore per trasporto aereo rispondente ai requisiti minimi necessari.

Assicurazione di indennizzo/infortuni in viaggio (I)

L'Assicuratrice fornirà le prestazioni assicurative in base al capitale indicato nel Piano delle prestazioni nel caso in cui una lesione dell'Assicurato conseguente a un infortunio coperto dall'assicurazione provochi direttamente la morte o l'invalidità permanente dell'Assicurato.

Un infortunio coperto dall'assicurazione si ritiene avvenuto:

- se l'Assicurato riporta involontariamente lesioni corporee in conseguenza di un avvenimento che abbia un impatto improvviso ed esterno sul suo corpo; e
- in caso di slogatura di un'articolazione o stiratura o strappo di muscoli, tendini, legamenti o capsule dovuti ad aumento di sforzo sugli arti o sulla colonna vertebrale; e
- se l'infortunio che ha provocato la lesione avviene durante il periodo di vigore della polizza.

L'Assicuratrice pagherà il capitale Assicurato nel Piano delle prestazioni per morte accidentale a condizione che la morte dell'Assicurato avvenga entro un anno dalla data dell'incidente.

Se la lesione provoca la menomazione permanente delle capacità fisiche o mentali (invalidità) dell'Assicurato, costui avrà diritto alla prestazione basata sul capitale Assicurato in caso di invalidità. È necessario che l'invalidità abbia avuto inizio entro un anno dalla data dell'infortunio e che ne sia stata accertata la permanenza da un medico abilitato 15 mesi dopo la data dell'infortunio.

Le prestazioni d'invalidità esigibili dipenderanno dal grado d'invalidità e dalla parte del corpo soggetta a menomazione permanente. Malgrado eventuali prove che diano atto di un grado maggiore o minore di invalidità, farà fede la seguente percentuale massima del capitale di invalidità Assicurato nel Piano delle prestazioni:

Tabella delle menomazioni permanenti	
Braccio fino all'articolazione della spalla	70 %
Braccio fin sopra all'articolazione del gomito	65 %
Braccio fin sotto all'articolazione del gomito	60 %
Mano fino al polso	55 %
Pollice	20 %
Dito indice	10 %
Altro dito	5 %
Gamba fino a sopra il centro del femore	70 %
Gamba fino al centro del femore	60 %
Ginocchio	50 %
Gamba fino al centro della gamba inferiore	45 %
Piede fino alla caviglia	40 %
Alluce	5 %
Altro dito del piede	2 %
Occhio	50 %

Udito in un orecchio	30 %
Odorato	10 %
Gusto	5 %

- In caso di parziale perdita o menomazione funzionale di una di queste parti del corpo o organi sensoriali, la proporzione corrispondente sarà calcolata in base alla rispettiva percentuale stipulata nella Tabella delle menomazioni permanenti di cui sopra.
- Qualora l'infortunio colpisca parti del corpo o organi sensoriali la cui perdita o incapacità funzionale non è specificata sopra, il grado d'invalidità sarà misurato tenendo conto del grado in cui viene menomata la normale capacità fisica o mentale dell'Assicurato da un punto di vista puramente medico.
- Qualora l'infortunio provochi la menomazione di più funzioni fisiche o mentali, i gradi d'invalidità specificati nella Tabella delle menomazioni permanenti saranno sommati tra loro. Il limite massimo d'invalidità riconosciuta non potrà tuttavia superare il cento (100) per cento.

Qualora l'infortunio colpisca una funzione fisica o mentale già soggetta a menomazione permanente prima dell'infortunio, verrà operata una deduzione corrispondente all'invalidità precedente. Tale invalidità verrà misurata secondo la Tabella delle menomazioni permanenti di cui sopra.

Se, a seguito di una lesione subita nell'infortunio, l'Assicurato dovesse morire entro un anno dalla data dello stesso, sarà esclusa ogni pretesa sulle prestazioni d'invalidità.

Se, per ragioni non correlate all'infortunio, l'Assicurato dovesse morire entro un anno dalla data dello stesso, oppure dopo più di un anno dalla data dello stesso ma avesse maturato un precedente diritto a prestazioni d'invalidità, dette prestazioni verranno pagate nella misura del grado d'invalidità ragionevolmente prevedibile sulle basi dell'ultima visita medica eseguita.

Qualora malattia o disturbi abbiano contribuito alla causa dell'infortunio, le prestazioni esigibili saranno ridotte in proporzione al fattore di contributo di tale malattia o disturbi, purché detto fattore sia pari ad almeno il venticinque (25) per cento.

I pagamenti saranno versati alla seguente persona: un beneficiario indicato dall'Assicurato. In mancanza di un beneficiario nominato dall'Assicurato, le prestazioni in caso di morte saranno pagate al primo dei seguenti beneficiari sopravvissuti in ordine di preferenza:

- il coniuge dell'Assicurato;
- il figlio, o i figli in solido, dell'Assicurato;
- i genitori dell'Assicurato in solido, se ancora viventi, o il genitore ancora vivente se ne è sopravvissuto solo uno;
- i fratelli o sorelle dell'Assicurato in solido; oppure
- l'asse ereditario dell'Assicurato.

Spese di salvataggio, ricerca e soccorso

L'Assicuratrice pagherà il totale dei costi necessari sostenuti fino a concorrenza dell'ammontare Assicurato concordato per:

- il lavoro di ricerca, soccorso o salvataggio eseguito da servizi di soccorso e le tariffe normalmente praticate a tali scopi;
- i costi dei quali l'Assicurato è responsabile, anche in assenza di lesioni, se vi è stato pericolo di incidente;
- il trasporto dell'Assicurato al più vicino ospedale o a una clinica specializzata se necessario dal punto di vista sanitario e ordinato da un medico;
- spese aggiuntive sostenute per riportare l'Assicurato al proprio luogo di residenza stabile purché le spese aggiuntive siano conseguenti all'ordine di un medico o siano state inevitabili a causa del tipo di lesione; e
- il trasporto all'ultimo luogo di residenza stabile in caso di decesso.

Assistenza in viaggio (T)

CareMed Assist fornirà assistenza in viaggio all'Assicurato in uno qualunque dei seguenti casi:

PRESTAZIONE PER INTERRUZIONE DI VIAGGIO:

L'Assicuratrice sosterrà i costi necessari per riportare in Patria l'Assicurato in caso di infortunio/morte/malattia grave di un familiare stretto. Tutti i preparativi dovranno essere coordinati da CareMed

Assist. L'Assicuratrice sosterrà i costi per riportare in Patria l'Assicurato se saranno state soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- a) L'Assicurato deve essere un viaggiatore di lungo corso ed essere Assicurato con CareMed per più di 3 mesi.
- b) Devono mancare ancora minimo 6 settimane al completamento del soggiorno* programmato dall'Assicurato.
*Sono esonerati da questa regola i partecipanti a programmi di scambio scolastico che devono sostenere esami e/o partecipare a cerimonie di consegna di laurea
- c) tutti i preparativi dovranno essere coordinati da CareMed Assist.
- d) Quandunque possibile, per il trasporto di ritorno verrà utilizzato il biglietto del volo di ritorno dell'Assicurato. In caso di ritorno nel paese di destinazione, è coperto il viaggio di andata e ritorno.

PRESTAZIONE DI RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE:

L'Assicuratrice coprirà le spese di trasporto e alloggio per i familiari stretti secondo quanto organizzato da CareMed Assist fino al massimale della prestazione, qualora l'Assicurato venga ricoverato in ospedale in regime di degenza per rischio di morte o qualora la degenza dell'Assicurato superi un periodo di 10 giorni consecutivi.

Assicurazione sul bagaglio in viaggio (L)

Sarà a carico dell'Assicurato un valore scoperto di €/US\$ 50 per ogni evento di danneggiamento o smarrimento di bagaglio, ad eccezione di danneggiamento o smarrimento di bagaglio già depositato. Il sottostante punto 4 fornisce una lista di limitazioni per alcuni tipi di bagagli personali.

In corso di validità della polizza tutti gli oggetti ed effetti personali dell'Assicurato, doni e souvenir compresi, saranno considerati bagaglio Assicurato.

1. Bagaglio depositato

- a) Sarà Assicurato il bagaglio smarrito o danneggiato mentre si trova in custodia di un vettore, fornitore di vitto o alloggio o deposito bagagli.
- b) Qualora il bagaglio depositato non dovesse arrivare a destinazione lo stesso giorno dell'Assicurato a causa di ritardi nel trasporto, le spese comprovatamente sostenute per recuperare detto bagaglio e per l'acquisto di oggetti sostitutivi essenziali per permettere la continuazione del viaggio saranno rimborsate fino a un massimo di €/US\$ 500 per ciascun contratto, purché possa essere dimostrato che la compagnia aerea o la parte responsabile non fornisca compensazioni.

2. Bagaglio lasciato in veicoli parcheggiati:

la copertura assicurativa si applica in caso di furto da un veicolo parcheggiato e da contenitori esterni ad esso fissati mediante lucchetto, purché detto veicolo o contenitore fossero saldamente chiusi e fissati con serratura e purché la perdita sia avvenuta fra le ore 6 e le 22. Qualora il viaggio sia interrotto per un periodo non superiore a due ore, la copertura assicurativa varrà anche durante la notte.

3. Per tutti gli altri periodi di viaggio:

durante il restante periodo di viaggio la copertura assicurativa avrà valore in caso di smarrimento o danneggiamento di bagaglio derivanti da:

- a) furto, furto con scasso, rapina, rapina a mano armata, danneggiamento intenzionale di proprietà ad opera di terzi;
- b) incidenti comportanti lesioni all'Assicurato o danni al mezzo di trasporto;
- c) incendio, eventi naturali, forza maggiore.

4. L'indennizzo massimo per i seguenti oggetti sarà limitato come segue:

- a) apparecchiature fotografiche, cineprese e videocamere, telefoni cellulari (inclusi accessori) e dispositivi elettronici personali (es. iPod, lettori MP3, dispositivi PDA, videoregistratori personali), pellicce: 50 per cento della somma assicurata;
- b) il computer portatile di un ASSICURATO: 50 per cento della somma assicurata;
- c) occhiali e lenti a contatto €/US\$ 250 per ogni evento.

5. Nell'eventualità di smarrimento di bagaglio coperto da assicurazione, l'Assicuratrice indennizzerà come segue tutti gli altri oggetti facenti parte dello stesso fino al massimale assicurato:

- a) Valore effettivo in contanti per quanto riguarda beni smarriti o danneggiati. Per valore effettivo in contanti s'intende l'ammontare normalmente occorrente per acquistare nuovi esemplari di tipo e qualità comparabili, meno una somma

corrispondente allo stato dell'oggetto assicurato (età, usura, uso, ecc.); per oggetti acquistati durante il viaggio il prezzo di acquisto sarà l'ammontare massimo.

- b) I costi necessari per la riparazione dei beni danneggiati ed eventualmente il deprezzamento residuo; l'effettivo valore in contanti rappresenta l'ammontare massimo esigibile.
- c) Valore materiale per quanto riguarda supporti video, audio e di dati.
- d) Diritti fissi per la sostituzione di documenti d'identità.
6. In caso di smarrimento di biglietto aereo, l'Assicuratrice rimborsa eventuali tasse pagate per l'emissione di un nuovo biglietto fino a un ammontare di €/US\$ 100, ma non il valore del biglietto stesso.
7. Le somme assicurate sono a primo rischio, vale a dire che non verranno prese in considerazione altre assicurazioni in caso di richiesta di risarcimento.

Limitazioni ed esclusioni generali

Non saranno esigibili benefici assicurativi relativi ad assicurazione sanitaria in viaggio, assicurazione contro infortuni in viaggio, assicurazione sul bagaglio in viaggio, assistenza per trasporto/evacuazione sanitaria e viaggio, e per il rimpatrio di resti mortali in conseguenza di o a causa di:

1. guerra o azioni belliche (a prescindere dal fatto che la guerra sia dichiarata o meno), ribellione, rivoluzione, terrorismo, dirottamento aereo, insurrezione, tumulti, scioperi, violenza armata di qualsiasi tipo, applicazione di leggi e servizi d'emergenza, crimini effettivi o tentati, rissa o violenza e atti compiuti da autorità pubbliche;
2. perdita, danni, costi o spese di qualsivoglia natura causate in maniera diretta o indiretta dallo scarico, esplosione o uso di dispositivi, armi, materiali che impieghino o implichino fissione nucleare, fusione nucleare o energia radioattiva, o agenti chimici, biologici, radiologici o simili, sia in tempo di pace che di guerra, e a prescindere da ogni altra causa o evento simultaneo o consequenziale ad essi;
3. smarrimenti perpetrati intenzionalmente dall'Assicurato;
4. lavoro fisico intrapreso in cambio di salario o profitto. È permesso all'Assicurato accettare occupazioni leggere come baby-sitting o servizi alla pari, o partecipare a un programma di tirocinio. La copertura si estende anche a tutte le attività previste nel dettato dei visti d'ingresso negli USA di tipo F1, J1, J2, M1 e H2B oppure dei visti d'ingresso per vacanza lavoro, p. es. in Australia, Nuova Zelanda o Canada;
5. qualsiasi lesione o malattia che costituisca una condizione preesistente, come definito più avanti. Questa esclusione verrà a cessare in presenza di condizioni di pericolo di morte che diventino acute durante il periodo di copertura. Ai sensi di questa esclusione si considera condizione di pericolo di morte quella di chi riceve terapie mediche necessarie essendo ricoverato in degenza in un'unità di terapia intensiva.
6. malattie trasmesse per via sessuale;
7. HIV (sindrome da immunodeficienza acquisita o AIDS) e tutte le possibili conseguenze se trasmessa mediante contatto sessuale;
8. suicidio, tentato suicidio o lesioni autoinflitte;
9. abuso di stupefacenti, narcotici, farmaci che creano dipendenza o loro derivati, nonché menomazioni dovute a tali sostanze, a prescindere dal fatto che siano direttamente o indirettamente responsabili dei costi sostenuti; uso scorretto di preparati medici;
10. lesioni riportate praticando pugilato, sport da combattimento, sport aerei, elisci, alpinismo, scalata, deltaplano, paracadutismo, bungee jumping o "salto con elastico", corse a cavallo, gare automobilistiche o gare di velocità, corse alla guida o come passeggero su motocicletta, motoscooter o fuoristrada; immersioni subacquee, rafting in acque bianche, corse in acquascooter, snowboard, motoslitte se usata per attività sportiva, sci d'acqua, speleologia, esplorazione di caverne, parapendio, sport professionali; se non è stata scelta l'opzione che include sport rischiosi, le attività a rischio e ad alto rischio elencate sotto "Copertura per sport pericolosi (X)" sono escluse.
Per i partecipanti a programmi di viaggio e lavoro in strutture turistiche sulla neve, le attività di sci e snowboard saranno coperte fino a un massimo di €/US\$ 5.000 per periodo di copertura;
11. la guida di qualsiasi tipo di mezzo di trasporto a motore su terra, acqua o aria se l'Assicurato non ha ancora compiuto il

- 18° anno di età o non possiede alcuna patente di guida valida richiesta per tali mezzi. L'assicurazione copre tuttavia la partecipazione a lezioni propedeutiche all'esame di guida per veicoli a motore organizzate da scuole. L'assicurazione copre anche la guida di motorini o biciclette a motore purché l'Assicurato possieda la patente di guida necessaria e purché la velocità massima di tali veicoli sia di 50 km/h;
12. L'assicurazione non copre i copiloti o passeggeri di un volo non commerciale e i passeggeri a bordo di motocicletta o motoslitte se usate come veicoli sportivi, di ogni tipo di veicoli fuoristrada, auto da corsa o ogni tipo di veicolo go-cart, mentre copre i passeggeri sul sedile anteriore o i passeggeri di mezzi di trasporto motorizzati, motoslitte incluse, se usati come mezzi di trasporto;
 13. è esclusa ogni responsabilità per il pagamento di interessi, costi o canoni di finanziamento riguardanti solleciti di pagamento;
 14. se l'evento assicurato non era una malattia acuta o un evento imprevisto per l'Assicurato;
 15. se il viaggio è stato intrapreso allo scopo di procurarsi terapie mediche;
 16. terapia medica che l'Assicurato sapeva essere necessaria prima della partenza;
 17. non saranno rimborsati i costi di protesi dentarie, apparecchi ortodontici, corone dentali e trattamenti periodici come la rimozione di placca e tartaro;
 18. visite e terapie periodiche, incluse visite oculistiche periodiche;
 19. Sono esclusi dalle limitazioni di cui sopra i costi di esami della vista, che saranno rimborsati solo se necessari per l'acquisto di nuovi occhiali e solo dopo che sia stata data conferma di copertura per la perdita o il danneggiamento degli occhiali nell'ambito dell'Assicurazione del bagaglio in viaggio;
 20. terapie mediche e interventi chirurgici che possono essere rimandati e non sono assolutamente necessari dal punto di vista medico;
 21. terapie per stabilizzare malattie croniche;
 22. prove allergiche;
 23. terapia e medicazioni per convalescenza e ristabilimento in salute;
 24. farmaci non soggetti a prescrizione medica, inoculazioni, iniezioni o farmaci preventivi, contraccettivi, farmaci per la fertilità, vitamine;
 25. interventi di chirurgia plastica o cosmetica, purché l'Assicuratrice non abbia dato assenso preventivo per rimediare danni provocati da incidenti;
 26. occhiali e lenti a contatto, se non coperti da Assicurazione sul bagaglio in viaggio; sostituzione, rimozione o riparazione di protesi esistenti;
 27. terapie mediche e medicazioni ricevute al di fuori dei termini della polizza o nel Paese di residenza stabile dell'Assicurato;
 28. aborti, se non prescritti per motivi medici;
 29. anomalie congenite o disturbi genetici;
 30. colestiasi (calcolosi biliare), litotripsia, litotriptoscopia, ernia e vene varicose.

Le seguenti esclusioni aggiuntive si applicano all'Assicurazione di indennizzo per infortuni subiti in viaggio:

1. infezioni batteriche, tranne infezioni piogeniche prodotte da taglio o ferita accidentale;
2. avvelenamento avvenuto ingerendo sostanze solide o liquide;
3. infortuni causati da turbe psichiche o riduzione dello stato di coscienza, colpi apoplettici, attacchi o convulsioni epilettiche coinvolgenti tutto il corpo. Lo stesso vale anche nel caso in cui tali condizioni siano dovute all'influsso di alcol o droghe;
4. Danni alla salute causati da misure terapeutiche e altri interventi eseguiti sul corpo dell'Assicurato; radiazioni e infezioni.

Le seguenti esclusioni aggiuntive si applicano all'Assicurazione sul bagaglio in viaggio:

1. i seguenti articoli saranno esclusi da copertura assicurativa:
 - a) denaro/contante, titoli, biglietti e documenti di qualsiasi tipo, tranne i diritti fissi per la sostituzione di documenti d'identità, di cui si chiede il risarcimento nell'ambito dell'Assicurazione sul bagaglio in viaggio
 - b) attrezzature informatiche, software e accessori (tranne quanto previsto nella presente);
 - c) veicoli a motore terrestri, aerei e acquatici inclusi accessori;
2. limitazioni riguardanti la copertura assicurativa:

- a) sono esclusi da assicurazione gioielli e oggetti di valore lasciati in bagagli depositati e in veicoli parcheggiati. Durante il restante periodo di viaggio, sarà applicata la copertura assicurativa se tali oggetti saranno depositati al sicuro in una cassaforte o in altro contenitore fisso chiuso a chiave, o tenuti in custodia personale.
 - b) non sono coperte pure perdite finanziarie consequenziali.
 - c) la copertura assicurativa per danni o perdita di bagagli durante viaggi in tenda e in campeggio vale solo per soggiorni in campeggi ufficiali.
 - d) l'assicurazione copre biciclette, tavole da surf, sci e snowboard solo se custoditi in luogo chiuso.
3. ogni bagaglio smarrito, danneggiato o rubato per il quale l'Assicurato non abbia preso provvedimenti ragionevoli al fine di proteggerne, salvaguardarne e/o riacquistarne il possesso.

Clausole e obblighi generali

Per l'Assicurazione sanitaria/contro infortuni in viaggio, l'Assicurazione sull'indennizzo di infortuni di viaggio, l'Assicurazione sul bagaglio in viaggio, il Trasporto/evacuazione sanitari e l'Assistenza in viaggio, per il Rimpatrio di resti mortali e per la Responsabilità verso terzi valgono le seguenti clausole:

DICHIARAZIONI ERRONEE E FRODE

L'Assicuratrice sarà esonerata dall'obbligo di fornire prestazioni assicurative ai sensi della polizza qualora l'Assicurato cerchi di frodare l'Assicuratrice, dopo il verificarsi di una richiesta di risarcimento, fornendo dettagli inesatti in merito a circostanze di rilievo riguardo a se, e in quale misura, esista l'obbligo dell'Assicuratrice di indennizzare l'Assicurato.

SURROGAZIONE

L'Assicuratrice avrà il diritto di richiedere danni contro terzi fino a concorrenza dei danni liquidati dall'Assicuratrice. L'Assicurato avrà l'obbligo di cedere all'Assicuratrice qualsiasi diritto al risarcimento danni in questo ambito e fino all'ammontare in questione. L'Assicurato dovrà sostenere l'Assicuratrice nel perseguire e surrogare i risarcimenti.

1. L'Assicurato, qualora abbia presentato una richiesta di rimborso di costi presso una compagnia assicuratrice sanitaria privata e ricevuto prestazioni connesse con un evento Assicurato, non potrà rivendicare da noi quanto già riscosso da tale polizza o da tale fornitore di servizi assicurativi.
2. L'Assicurato avrà l'obbligo di presentare prove di pagamento all'Assicuratrice unitamente all'avviso di rimborso ad altro Assicuratore di infortuni sanitari, beni o fondo assicurativo pensionistico avente maggiore priorità nel pagamento di prestazioni.

Se l'Assicurato rinuncia ai propri diritti nei confronti dell'altra assicurazione senza il consenso dell'Assicuratrice, questa sarà esonerata dall'indennizzo fino all'ammontare che l'Assicurato avrebbe potuto ricevere come rimborso da tali diritti.

ASSICURAZIONE IN ECCESSO

L'assicurazione fornita ai sensi della presente polizza (escluse le prestazioni in caso di morte e invalidità rientranti nell'Assicurazione di indennizzo di infortuni di viaggio) è in eccesso rispetto a qualsiasi altra assicurazione valida e percepibile. Ciò significa che ogni altro diritto di indennizzo scaturente da qualsiasi altro contratto assicurativo avrà la precedenza rispetto alla presente polizza assicurativa. Ciò varrà in particolare per prestazioni a norma di legge esigibili da istituti di previdenza sociale e diritti dell'Assicurato alle prestazioni offerte da un'assicurazione di responsabilità sottoscritta dall'Assicurato (per esempio, assicurazione su veicolo a motore o assicurazione di responsabilità personale). Le richieste di risarcimento presentate dall'Assicurato all'Assicuratrice sotto forma di fatture originali saranno considerate come preavviso, ma prima l'Assicurato dovrà presentare tali fatture ad eventuali altre assicurazioni affinché siano da queste saldate.

QUANDO DECORRE LA COPERTURA ASSICURATIVA DI UN ASSICURATO

La Polizza decorrerà alle ore 00:01 dell'ultima data tra le seguenti: data di entrata in vigore effettiva scelta dall'Assicurato, purché sia stato versato il relativo premio prima dell'inizio del programma/viaggio coperto, oppure la data in cui CareMed accetta la Domanda di assicurazione e il premio, se questa data è

posteriore alla data di entrata in vigore riportata sulla Domanda di assicurazione da parte dell'Assicurato.

QUANDO TERMINA LA COPERTURA ASSICURATIVA DI UN ASSICURATO

La polizza terminerà al momento del primo tra i seguenti eventi: alle ore 23:59 del giorno stipulato sulla conferma di assicurazione come data termine dell'assicurazione, oppure al ritorno in Patria dell'Assicurato, o alla data fino alla quale sono stati versati i premi assicurativi. La Polizza si protrarrà oltre la data di scadenza riportata sulla conferma di assicurazione qualora:

1. il viaggio di ritorno dell'Assicurato venga sospeso a causa di ritardi nei trasporti per i quali l'Assicurato non può essere ritenuto responsabile, e comunque non oltre 72 ore;
2. L'Assicurato sia ricoverato in ospedale alla data di scadenza della polizza e dichiarato inabile al trasporto da un medico, fino a un periodo massimo di 90 giorni; e
3. se può essere accertato che la durata dell'anno scolastico viene prolungata a causa di un evento imprevisto. Per tale proroga è obbligo dell'Assicurato informare in anticipo CareMed e il premio aggiuntivo deve essere pagato prima della proroga.

Per una proroga dovuta al motivo numero 3 di cui sopra, è obbligo dell'Assicurato pagare il premio aggiuntivo relativo al periodo di proroga alle stesse tariffe applicate al periodo di assicurazione iniziale. Se l'Assicurato rifiuta di pagare il premio relativo alla proroga, la copertura avrà termine alla data di scadenza originale riportata sulla conferma di assicurazione.

PREMI

1. I premi dovuti per la Polizza dovranno essere versati a CareMed in anticipo sulla data di entrata in vigore a seconda della base di premio e delle tariffe.
2. CareMed dovrà ricevere il pagamento del premio in toto prima della data di entrata in vigore della polizza. La copertura sarà considerata inesistente se verranno presentati in pagamento assegni senza indicazione di valuta.
3. Il premio sarà restituito per intero qualora la polizza venga disdetta prima della data di entrata in vigore.
4. Se la polizza viene disdetta dopo la data di entrata in vigore l'Assicurato avrà diritto al rimborso del premio relativo ai mesi restanti interi, meno una commissione amministrativa per la durata restante qualora l'Assicuratrice non abbia liquidato danni. Qualora l'Assicuratrice avesse liquidato danni ai sensi dell'assicurazione, il premio residuo non sarà rimborsato. La disdetta non può essere evasa prima della data in cui CareMed ha ricevuto l'avviso di disdetta. I rimborsi dei premi saranno evasi a 60 giorni dalla data in cui CareMed ha ricevuto avviso scritto da parte dell'Assicurato.

Sezione 38

Pagamento ritardato di un premio successivo

(1) Se un premio successivo non è pagato tempestivamente, l'Assicuratrice può fissare per iscritto una scadenza di pagamento non inferiore a due settimane per il titolare della polizza, a spese del titolare stesso. La fissazione della scadenza sarà valida solo se specifica gli importi individuali dei premi arretrati, gli interessi e le spese, oltre all'indicazione delle conseguenze legali in caso di inadempimento entro il termine di scadenza stabilito, ai sensi dei commi (2) e (3); in caso di contratti consolidati, gli importi devono essere indicati separatamente.

(2) Se l'evento assicurato avviene dopo la scadenza del termine stabilito e se il titolare di polizza è in arretrato con il pagamento del premio, o degli interessi, o delle spese, l'Assicuratrice non sarà tenuta ad effettuare il pagamento.

(3) L'Assicuratrice, dopo la scadenza del termine stabilito, ha la facoltà di rescindere il contratto senza previa notifica nel caso in cui il titolare di polizza sia in arretrato con i pagamenti degli importi dovuti. La rescissione può essere vincolata alla fissazione della scadenza di pagamento nella misura in cui essa diventa effettiva alla scadenza del termine di pagamento, nel caso in cui al momento della scadenza il titolare di polizza sia in arretrato con i pagamenti degli importi dovuti; il titolare di polizza deve essere espressamente informato di ciò nella comunicazione di rescissione. La rescissione sarà annullata nel caso in cui il titolare di polizza effettui il pagamento entro un mese a partire dalla data della rescissione del contratto, ovvero, nel caso in cui la rescissione sia stata vincolata

alla fissazione di una scadenza, entro un mese a partire dalla data di scadenza del termine stabilito; il comma (2) rimane impregiudicato.

RICHIESTE DI RISARCIMENTO

Obblighi

Non siamo in grado di fornire il nostro indennizzo senza la Sua collaborazione e quella della persona assicurata. Gli obblighi a cui adempiere in seguito al verificarsi di un evento assicurato sono stabiliti nelle seguenti Condizioni Speciali:

1. contattare CareMed Assist per prestazioni di assistenza in viaggio;
2. contattare CareMed Assist o il Centro Richieste di Risarcimento prima di entrare in ospedale o di sottoporsi a interventi chirurgici;
3. presentare tempestivamente la richiesta di risarcimento al Centro Richieste di Risarcimento competente;
4. qualora l'Assicurato non contatti tempestivamente il Centro Richieste di Risarcimento o CareMed Assist se ricoverato in ospedale o sottoposto a interventi chirurgici, si renderà responsabile di tutti gli eventuali costi aggiuntivi sostenuti;
5. limitare per quanto possibile l'entità della perdita ed evitare costi superflui;
6. riferire al Centro Richieste di Risarcimento l'evento, le circostanze e tutte le informazioni relative alla richiesta di risarcimento. L'Assicurato ha l'obbligo di presentare un modulo di richiesta di risarcimento debitamente compilato e corredato di giustificativi sotto forma di fatture e ricevute in originale. Le fatture devono includere il nome e il cognome della persona sottoposta a cure, la descrizione e la diagnosi, informazioni sui singoli servizi prestati alla persona in terapia e la data di prestazione degli stessi. Devono essere indicati in modo chiaramente visibile i medicinali prescritti, il prezzo e lo scontrino della farmacia per i farmaci soggetti a prescrizione medica.
7. L'Assicurato deve esonerare i medici che lo curano o lo visitano dall'obbligo alla segretezza professionale, e permettere al Centro Richieste di Risarcimento di esaminare in maniera ragionevole la causa e l'ammontare del danno dichiarato nonché di ottenere informazioni anche da autorità sanitarie o altre.
8. inviare in maniera ordinata al Centro Richieste di Risarcimento competente, entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento Assicurato, un modulo di richiesta di risarcimento completato in ogni sua parte e corredato di referti medici, fatture in originale con dettaglio delle singole voci, e tutti i giustificativi dei costi sostenuti.
9. Qualora l'Assicurato violi intenzionalmente o per negligenza grave uno qualsiasi di questi obblighi, l'Assicuratrice sarà esonerata dall'obbligo di indennizzare le spese sostenute dall'Assicurato ai sensi della polizza.

Le seguenti clausole aggiuntive per la denuncia di danni valgono solo per l'Assicurazione di indennizzo per infortuni subiti in viaggio:

1. L'Assicurato avrà l'obbligo di sottoporsi a visita medica presso un medico nominato dal Centro Richieste di Risarcimento. I necessari costi di tale visita ed eventuali perdite di reddito causate dalla stessa saranno sostenuti dal Centro Richieste di Risarcimento; e
2. non appena il Centro Richieste di Risarcimento avrà ricevuto i documenti che l'Assicurato dovrà presentare allo scopo di dimostrare le circostanze e le conseguenze dell'infortunio, e al completamento del trattamento terapeutico necessario a stabilire il grado d'invalidità, il Centro Richieste di Risarcimento dichiarerà entro tre mesi se e fino a che punto riconoscerà il danno.
3. Prima della fine del trattamento terapeutico i benefici di disabilità potranno essere richiesti entro un anno dal verificarsi dell'infortunio e solo fino al livello della somma esigibile in caso di morte.
4. L'Assicurato e il Centro Richieste di Risarcimento avranno il diritto di far stabilire ogni anno da un medico il grado d'invalidità fino a un periodo non superiore a tre anni dal verificarsi dell'infortunio. Per esercitare questo diritto il Centro Richieste di Risarcimento deve dichiararlo unitamente alla dichiarazione prestata in conformità al punto 2 di cui sopra, e l'Assicurato dovrà rispondere entro un mese dal ricevimento di tale dichiarazione. Qualora dall'accertamento finale d'invalidità risultassero prestazioni d'invalidità superiori a quanto pagato fino a quel momento dal Centro Richieste di Risarcimento, tale ammontare extra sarà soggetto a pagamento all'interesse annuale del 4 per cento.

Le seguenti clausole aggiuntive per la denuncia di danni valgono solo per l'Assicurazione sul bagaglio in viaggio:

1. L'Assicuratrice sarà esonerata dall'obbligo di indennizzo qualora l'Assicurato abbia provocato dolosamente o deliberatamente il verificarsi dell'evento assicurato oppure qualora l'Assicurato presti dichiarazioni intenzionalmente false riguardanti un evento assicurato, in particolare una denuncia di smarrimento, anche se l'Assicuratrice non subisse alcun pregiudizio in conseguenza di ciò.
2. Lo smarrimento o danneggiamento di bagaglio depositato dovrà essere tempestivamente denunciato al vettore e/o fornitore di ospitalità o alloggio. È necessario inviare al Centro Richieste di Risarcimento la conferma di smarrimento o danneggiamento fornita dalla rispettiva società. La denuncia di smarrimento o danneggiamento dovrà essere presentata per iscritto al vettore al momento della scoperta o al più tardi entro sette giorni.
3. Perdite o danni dovuti ad atti criminali dovranno essere denunciati alla stazione di polizia più vicina o raggiungibile, sotto forma di denuncia accompagnata da un elenco di tutti gli oggetti smarriti o danneggiati. È necessario inviare al Centro Richieste di Risarcimento una copia conforme all'originale di tale denuncia.

Conseguenze della mancata osservanza degli obblighi

1) In seguito alla violazione intenzionale di uno degli obblighi, l'Assicurato perderà la propria copertura assicurativa. In caso di violazione di un obbligo per grave negligenza, Chubb European Group Limited avrà la facoltà di ridurre il nostro indennizzo in proporzione alla gravità della negligenza dell'assicurato. Entrambe queste condizioni si applicheranno solo nel caso in cui Chubb European Group Limited abbia richiamato l'attenzione dell'Assicurato sulle conseguenze legali di cui sopra attraverso una comunicazione separata in forma scritta o elettronica.

Se l'Assicurato è in grado di stabilire di non aver violato gli obblighi per grave negligenza propria, l'Assicurato non perderà la propria copertura assicurativa.

L'Assicurato conserverà la propria copertura assicurativa anche nel caso in cui sia in grado di stabilire che la violazione degli obblighi non abbia causato il verificarsi o l'individuazione dell'evento assicurato, né la determinazione o l'entità dell'indennizzo. Ciò non si applica nel caso in cui l'Assicurato abbia violato gli obblighi in modo fraudolento.

Queste disposizioni si applicano a prescindere dall'esercizio o meno di qualsiasi diritto di comunicazione della notifica di rescissione a noi spettante in virtù della violazione di un obbligo di divulgazione precontrattuale.

2) In particolare, non si è in presenza di una violazione degli obblighi nel caso in cui:

- l'Assicurato non consultò un medico prima che sia nota la reale entità dell'incidente;
- l'Assicurato continui a lavorare dopo un incidente per senso del dovere;
- si sia inizialmente creduto che l'incidente non avesse avuto conseguenze e di conseguenza l'incidente non sia stato denunciato immediatamente;
- si sia contravvenuto involontariamente a un obbligo, ma in seguito lo si sia soddisfatto tempestivamente non appena presa conoscenza dell'esistenza dell'obbligo stesso.

PROVA DI SMARRIMENTO

L'Assicurato ha l'obbligo di inviare in maniera ordinata al Centro Richieste di Risarcimento entro 60 giorni dalla data dell'infortunio, dall'inizio della malattia o dalla data di smarrimento, un modulo di richiesta di risarcimento completato in ogni sua parte e corredato di referti medici, fatture in originale con dettaglio delle singole voci, e tutti i giustificativi dei costi sostenuti.

LIQUIDAZIONE DI SMARRIMENTO

1. Non appena il Centro Richieste di Risarcimento avrà stabilito se e in che misura è obbligata a indennizzare il danno, questo sarà pagato entro due settimane in € o US\$ a discrezione del Centro Richieste di Risarcimento, nella valuta indicata nella fattura ricevuta.
2. Il rimborso all'Assicurato sarà basato su fatture in originale, recanti il dettaglio delle singole voci, comprovanti l'avvenuto

pagamento. Se richiesto, il pagamento può essere fatto direttamente al fornitore di servizi o a un terzo avente diritto.

3. Le conversioni di valuta estera saranno basate sul tasso di cambio in vigore il giorno in cui l'Assicuratrice o il Centro Richieste di Risarcimento ricevono le fatture.
4. Le commissioni bancarie sono a carico dell'Assicurato.

DISACCORDO SULL'ENTITÀ DELLA PERDITA

1. È possibile ricorrere civilmente contro l'Assicuratrice presso il tribunale avente sede nel luogo principale di attività della stessa.
2. Eventuali diritti alle prestazioni scaturenti dalla polizza assicurativa cadranno in prescrizione in tre anni. Questo periodo di limitazione avrà inizio alla fine dell'anno in cui matura il pagamento della prestazione assicurativa. Se il danno è stato denunciato all'Assicuratrice, il periodo intercorso fra l'avviso e il ricevimento della decisione scritta dell'Assicuratrice non sarà incluso nel calcolo del periodo.
3. Se l'Assicuratrice rifiuta di pagare un risarcimento sarà esonerata dall'indennizzo qualora l'Assicurato non abbia presentato ricorso in tribunale entro sei (6) mesi. Il periodo decorrerà solo dopo che l'Assicuratrice avrà respinto la richiesta di risarcimento per iscritto, indicando le ragioni del rifiuto.

Assicurazione di responsabilità verso terzi in viaggio (3)

L'Assicuratrice pagherà per conto dell'Assicurato tutte le somme che questi è tenuto per legge a pagare come risarcimento per denunce di danni per responsabilità personale presentate contro l'Assicurato e inviate al Centro Richieste di Risarcimento durante la durata della polizza che copre la responsabilità verso terzi, scaturenti da eventuali incidenti coperti ai sensi della presente polizza, sempre purché tale incidente avvenga:

1. alla data di entrata in vigore della polizza o dopo di essa; e
2. fuori dalla Patria dell'Assicurato

L'Assicuratrice avrà il diritto e il dovere di difendere l'Assicurato da ogni causa civile (tranne al di fuori degli Stati Uniti, Porto Rico e Canada, l'Assicuratrice avrà il diritto ma non il dovere di difesa) intentata per danni coperti dalla presente assicurazione anche se una qualsiasi delle affermazioni dell'azione civile è immotivata, falsa o fraudolenta. È facoltà dell'Assicuratrice condurre indagini e risolvere qualsiasi richiesta di risarcimento o azione legale come riterrà opportuno. In nessun caso l'Assicuratrice sarà obbligata a pagare danni o spese di reclami o a difendere, o continuare a difendere, una qualunque azione legale una volta esaurito mediante pagamento dei danni il limite applicabile di responsabilità dell'Assicuratrice.

Copertura del capofamiglia della famiglia ospitante:

questa copertura è valida fintanto che l'Assicurato risiede presso una Famiglia ospitante. Qualora un incidente provochi un danno esigibile ai sensi di una polizza assicurativa del capofamiglia della Famiglia ospitante o assicurazione similare che copra danni patrimoniali inferti al luogo Assicurato, l'Assicuratrice pagherà la perdita subito fino all'ammontare della somma scoperta prevista nella polizza assicurativa del capofamiglia della famiglia ospitante (o polizza assicurativa similare), ma senza superare €/US\$ 1.000 per ciascun Assicurato e per ciascuna polizza.

L'Assicuratrice pagherà la prestazione secondo questa clausola solo dopo che l'Assicurato avrà inviato all'Assicuratrice la prova dell'ammontare del danno patrimoniale subito.

ALTRA ASSICURAZIONE

Qualora l'Assicurato, la Famiglia ospitante o un Terzo abbia un'altra assicurazione disponibile per una perdita coperta ai sensi della Copertura assicurativa per responsabilità nei confronti di terzi, gli obblighi assunti dall'Assicuratrice ai sensi della presente assicurazione saranno in eccesso a tale assicurazione. In nessun caso questa assicurazione avrà valore finché tutte le altre assicurazioni non abbiano pagato il proprio limite di assicurazione applicabile.

Definizioni per Assicurazione di responsabilità verso terzi

Richiesta(e) di risarcimento indica una richiesta in denaro o prestazione mediante azione legale in cui viene fatto il nome

dell'Assicurato e dichiarato un incidente. La richiesta di risarcimento non include procedimenti aventi finalità ingiuntive o non pecuniarie. Non saranno coperti danni punitivi.

Spese di risarcimento indica:

1. le parcelle addebitate da un avvocato o avvocati nominati dall'Assicuratrice e ogni altro tributo, costo e spesa risultanti dall'indagine, accomodamento, difesa e appello di una rivendicazione, azione legale o procedimento scaturente in connessione con questa, se sostenuti dall'Assicuratrice o dall'Assicurato con il consenso scritto dell'Assicuratrice, ma non include spese per stipendi o spese di dipendenti o funzionari regolari dell'Assicuratrice, o parcelle e spese di periti indipendenti;
2. tutti i costi scaturenti nei confronti dell'Assicurato in tali azioni legali e tutti gli interessi sull'intero ammontare di ogni sentenza sulle stesse, che maturano dopo il deposito della sentenza e prima che l'Assicuratrice abbia pagato o offerto o depositato, in tribunale o altrimenti, quella parte della sentenza che non superi il limite della responsabilità dell'Assicuratrice su di essa;
3. i premi per cauzioni per i costi di appello e prestazioni di sicurezza per la concessione di misure cautelari in tali azioni legali, ma non per cauzioni di importo superiore al limite di responsabilità applicabile della presente polizza. L'Assicuratrice non avrà alcun obbligo di pagare o fornire cauzioni.

Danni indica sentenze di compensazione, accomodamenti o arbitrati, ma non comprende risarcimenti, ammende o penali punitivi o esemplari, la restituzione di tributi o altra remunerazione pagati all'Assicurato, o quella porzione di arbitrato o sentenza causata dalla triplicazione o dalla moltiplicazione dell'effettivo danno in base alla legge federale o nazionale.

Incidente significa ogni atto od omissione commessi dall'Assicurato durante la durata della polizza, che provocano lesioni personali o danni patrimoniali.

Luogo assicurato indica la residenza primaria della famiglia ospitante o ogni altra struttura o fondo posseduti dalla famiglia ospitante e usati dall'Assicurato su indicazione della Famiglia ospitante.

Lesione personale significa lesione corporea, indisposizione (ma non malattia trasmissibile) o malattia che colpisce una persona, compresa la morte.

Danno patrimoniale significa lesione fisica a o distruzione di beni materiali, inclusa la perdita di uso degli stessi che in qualsiasi momento ne deriva.

Esclusioni dell'Assicurazione di responsabilità verso terzi

All'Assicurazione di responsabilità verso terzi si applicano le seguenti esclusioni. La presente assicurazione non vale per richieste di risarcimento o azioni legali:

1. relative a lesioni corporali o danni patrimoniali derivanti dalla proprietà, conduzione o uso di (1) qualsiasi automobile; (2) qualsiasi tipo di veicolo terrestre, inclusi veicoli fuoristrada, motoslitte, motorini, motociclette; (3) qualsiasi imbarcazione; (4) qualsiasi velivolo o qualsiasi cosa che voli e (5) qualsiasi apparecchio motorizzato. Questa esclusione non vale per i passeggeri degli oggetti di cui sopra;
2. relative a lesioni corporali o danni patrimoniali derivanti dalla partecipazione a sport ad alto rischio, tra cui: attività di caccia, pugilato, sport di combattimento, alpinismo o scalata, esplorazione di caverne, sport aerei, elisci, corse su motori o prove di velocità, bungee jumping o "salto con elastico", immersioni subacquee (a meno che l'Assicurato non abbia le qualifiche riconosciute dall'autorità locale competente nella destinazione contrattata), rafting in acque selvagge, sci con moto d'acqua, sport professionali, e partecipazione ad eventi sportivi competitivi di qualsiasi tipo;
3. basate su o derivanti da responsabilità assunta dall'Assicurato ai sensi di un contratto o accordo che includa penali o debiti a interesse;
4. derivanti dalla trasmissione di malattia o patologia trasmissibile da parte dell'Assicurato; dalla trasmissione di, o infezione da, o dall'esame o dal mancato esame per rilevare la presenza della, Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS), ogni virus correlato all'AIDS o qualsiasi altra malattia trasmessa attraverso contatto sessuale o i fluidi corporei di un'altra persona;
5. basate su o derivanti da un atto disonesto, fraudolento, criminale, intenzionalmente dannoso, effettivo o tentato, oppure atto od omissione dolosa o rappresentazione erronea deliberata

commessi da, dietro ordine di, o a conoscenza di un Assicurato, tra cui risse o atti di violenza o l'avvio di uno scontro;

6. discriminazione di altre persone da parte dell'Assicurato a causa della loro razza, credo, sesso, colore, preferenza sessuale o origine nazionale;
7. derivanti da atti commessi da un Assicurato, soggetti o miranti a causare lesioni personali o danni patrimoniali (questa esclusione non si applica a lesioni corporee risultanti dall'uso di forza ragionevole per proteggere la persona o la proprietà);
8. per danni patrimoniali inferti a:
 - a) proprietà posseduta da o in custodia dell'Assicurato, oppure
 - b) proprietà affittata a, occupata da o prestata all'Assicurato o nelle cure dell'Assicurato nella misura in cui detta persona è obbligata per contratto a fornire assicurazione per tale proprietà;
 - c) la proprietà della famiglia ospitante, tranne quanto previsto ai sensi dell'assicurazione del capofamiglia ospitante;
 - d) proprietà ottenuta tramite interferenza illegale; o
 - e) mobilia o arredi a noleggio, o danneggiamento di edifici o impianti di centri o ostelli della gioventù di ogni tipo; sarà altresì inclusa la responsabilità scaturente da danni inferti ad alloggi presi in affitto per vacanze e stanze di albergo;
9. intentate contro un Assicurato e che denuncino, totalmente o in parte, violenza sessuale, maltrattamento, punizione corporale, molestia, maltrattamento fisico o mentale, o simile comportamento criminale minacciato, commesso o presuntivamente commesso da un Assicurato;
10. per lesioni corporali o danni patrimoniali derivanti dal consumo di alcol o dall'abuso di stupefacenti, narcotici, farmaci che generano dipendenza o loro derivati, nonché menomazioni dovute a tali sostanze, a prescindere dal fatto che siano direttamente o indirettamente responsabili dei costi sostenuti; uso scorretto di medicinali; malattia mentale, disturbi o reazioni mentali o emotivi inclusi stress, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi alimentari o problemi di peso;
11. per lesioni corporali o danni patrimoniali dovuti a guerra o azioni belliche, dichiarate o meno, ribellione, rivoluzione, terrorismo, dirottamento aereo, insurrezione, tumulti, scioperi, violenza armata di qualsiasi tipo, applicazione di leggi e servizi d'emergenza e atti compiuti da autorità pubbliche;
12. per lesioni personali o corporali provocate all'Assicurato;
13. intentate contro l'Assicurato e derivanti dalle attività professionali dell'Assicurato o da ogni altra opera fisica svolta per salario o profitto (tuttavia sono coperti tirocini pagati e non pagati), oppure da servizi resi dall'Assicurato quando tali servizi siano a favore di persone diverse dalla famiglia ospitante;
14. per lesioni causate direttamente o indirettamente da reazione nucleare, radiazione, contaminazione radioattiva o meno, a prescindere da come siano state causate;
15. per lesioni fisiche o danni patrimoniali occorsi fra assicurati e i loro parenti accompagnatori.

Obblighi e clausole generali per la prestazione di responsabilità verso terzi

Le presenti clausole si aggiungono alle clausole generali sopra specificate per tutte le prestazioni.

AZIONE CONTRO L'ASSICURATRICE

Non sarà permesso intentare azioni contro l'Assicuratrice a meno che non vi sia stata, come condizione preliminare, conformità completa a tutte le condizioni della presente polizza, ma non fino a quando l'ammontare della somma che l'Assicurato ha l'obbligo di pagare non sia stato definitivamente determinato mediante sentenza contro l'Assicurato dopo effettivo giudizio o mediante accordo scritto fra l'Assicurato, l'attore e l'Assicuratrice.

TRASFERIMENTO

Il diritto dell'Assicurato non è trasferibile. Qualora un Assicurato muoia o venga giudicato incapace questa assicurazione avrà termine per tale persona, ma coprirà nello stesso modo i legali rappresentanti dell'Assicurato per quanto riguarda la responsabilità precedentemente sostenuta e coperta dalla presente assicurazione.

ASSISTENZA E COOPERAZIONE DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RISARCIMENTO O AZIONE LEGALE

Non appena l'Assicurato viene a conoscenza di un incidente che possa ragionevolmente costituire la base per una richiesta di risarcimento di danno coperto dalla presente, costui dovrà dare

avviso scritto all'Assicuratrice fornendo al contempo le informazioni più complete disponibili. In caso di richiesta di risarcimento o azione legale intentata contro l'Assicurato sarà necessario inoltrare immediatamente all'Assicuratrice ogni richiesta, avviso, convocazione o altra citazione ricevuta dall'Assicurato o dal suo rappresentante. L'Assicurato ha l'obbligo di cooperare con l'Assicuratrice e, dietro richiesta della stessa, assisterla nel concludere accordi nel corso di azioni legali e nel far valere ogni diritto di contribuzione o indennizzo contro ogni persona fisica o giuridica che possa essere responsabile nei confronti dell'Assicurato a causa di rivendicazioni relative alle coperture della presente assicurazione. L'Assicurato ha l'obbligo di partecipare alle udienze e ai processi e di prestare assistenza nel procurarsi e fornire prove e ottenere la presenza di testimoni. È vietato all'Assicurato fare volontariamente pagamenti, assumersi obblighi o sostenere spese, tranne a proprio carico. In caso di violazione intenzionale o deliberata di qualcuno di questi obblighi da parte dell'Assicurato, l'Assicuratrice potrà essere esonerata dal proprio obbligo di indennizzo.

QUANDO SI RITIENE CHE UNA RICHIESTA DI RISARCIMENTO SIA STATA EFFETTUATA?

1. Non appena il Centro Richieste di Risarcimento riceve avviso scritto da parte dell'Assicurato, che lo informa che è stata presentata la richiesta di risarcimento; oppure
 2. non appena il Centro Richieste di Risarcimento riceve avviso scritto, da parte dell'Assicurato, di circostanze specifiche che interessano una persona fisica o giuridica particolare, le quali potrebbero provocare una richiesta di risarcimento.
- Tutte le richieste di risarcimento derivanti dallo stesso incidente o da incidenti correlati saranno considerate fatte nel momento in cui è stata fatta la prima di tali richieste, e tutte saranno soggette allo stesso limite di responsabilità.

LIMITE DI RESPONSABILITÀ – RICHIESTE DI RISARCIMENTO

A prescindere dal numero di Assicurati a fronte della presente polizza, dal numero di persone fisiche o giuridiche che sostengono lesioni, o dal numero di richieste di risarcimento effettuate o azioni legali intentate, la responsabilità dell'Assicuratrice per le coperture fornite è indicata nel Piano delle prestazioni.

Il limite di responsabilità indicato nel Piano delle prestazioni come applicabile a "ciascuna richiesta" è il limite della responsabilità dell'Assicuratrice per tutti i risarcimenti di danni a causa di ciascuna richiesta di risarcimento qui coperta. Tutte le richieste di risarcimento derivanti dallo stesso incidente o da incidenti correlati saranno considerate un'unica richiesta di risarcimento ai fini della presente assicurazione, e tutte saranno soggette allo stesso limite di responsabilità. Il limite di responsabilità indicato nel Piano delle prestazioni come "totale" è soggetto alla clausola di cui sopra in relazione a "ciascuna richiesta di risarcimento", al limite totale della responsabilità dell'Assicuratrice ai sensi della presente polizza per tutti i risarcimenti danni conseguenti a tutte le richieste presentate all'Assicuratrice durante la durata della polizza, inclusi i periodi di proroga. Le spese per richiesta di risarcimento rientrano nel limite applicabile di responsabilità indicato nel Piano delle prestazioni.

PERIODO E TERRITORIO DELLA POLIZZA

L'assicurazione connessa alla presente polizza vale per richieste di risarcimento che siano effettuate e presentate durante la durata della polizza, purché la richiesta di risarcimento o l'eventuale azione legale avvengano all'interno degli Stati Uniti d'America, i suoi territori o possedimenti, Porto Rico, Canada o qualsiasi contea in cui stia viaggiando l'Assicurato nel corso di un programma/viaggio coperto dalla polizza.

DURATA DELLA POLIZZA

Riguardo a ciascun Assicurato, la durata della polizza avrà inizio e termine in concomitanza con la data di decorrenza della copertura e la data di fine della copertura dell'Assicurato definite nella sezione Clausole Generali della polizza.

RIMBORSO

Qualora l'Assicuratrice, pur non avendo l'obbligo di farlo, paghi risarcimenti o spese denunciate:

1. entro l'ammontare della somma scoperta applicabile; o
 2. superiore al limite di responsabilità applicabile,
- l'Assicurato ripagherà, dietro invito scritto dell'Assicuratrice, tali importi entro trenta (30) giorni dallo stesso. Il mancato

pagamento di eventuali importi sopra indicati può provocare l'annullamento della polizza e l'Assicurato non avrà diritto ad alcuna opzione di proroga del periodo di denuncia.

SURROGAZIONE

Qualora l'Assicuratrice effettui un pagamento ai sensi della polizza e la persona a cui o a beneficio della quale è stato effettuato il pagamento ha un diritto al recupero di risarcimento danni da un'altra, l'Assicuratrice si assumerà tale diritto per surrogazione. Quella persona farà:

1. ogni cosa sia necessaria per consentire all'Assicuratrice di esercitare i propri diritti; e
2. niente che, dopo la perdita subita, possa pregiudicare tali diritti.

Qualora l'Assicuratrice effettui un pagamento ai sensi della polizza e la persona a cui o a beneficio della quale viene effettuato il pagamento recuperi il risarcimento danni da un'altra, quella persona avrà l'obbligo di:

1. amministrare fiduciariamente i proventi della somma recuperata in favore dell'Assicuratrice; e
2. rimborsare l'Assicuratrice nella misura del pagamento effettuato dalla stessa.

CHUBB®

Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Germany

CLAIMS OFFICE NORTH + SOUTH AMERICA

CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Orario di apertura: 9:00 - 17:00 EST
Tel: +1 203-399 5130
Tel: +1 866-404 2062 (numero verde)
Fax: +1 203-399 5596
E-mail: Claimhelp@culturalinsurance.com

CLAIMS OFFICE EUROPE, AFRICA, ASIA, OCEANIA

CareMed Claims
Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12
60439 Frankfurt, Germany
Orario di apertura: 8:30 - 17:00 CET
Tel.: +49 (0)69-756 13 6722
Fax.: +49 (0)69-756 13 4350
E-mail: claims.service@chubb.com

CAREMED ASSIST NUMERO ED E-MAIL DI EMERGENZA 24 ORE SU 24

Nord e Sud America
+1-855-657 3434
E-mail: caremed-assist@axa-assistance.us

Tutte le altre destinazioni
+49 69 75613 6991
E-mail: caremed-assist@axa-assistance.de

Maggiori informazioni su www.caremed-assistance.com

CAREMED INTERNATIONAL SALES OFFICE

CareMed GmbH
Budapester Str. 4
53111 Bonn, Germany
Tel.: +49 (0)228-55 54 90 0
Fax: +49 (0)69-756 54 9075
E-mail: info@caremed-travel.com

CAREMED OFFICE

CareMed USA
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA

Modulo per richiesta di risarcimento medico

Dati personali	
Cognome:	Nome:
Data di nascita (GG/MM/AA):	Rientrerò nel mio Paese di residenza il (GG/MM/AA):
Indirizzo nel Paese di residenza	Indirizzo nel Paese straniero:
Via:	c/o:
CAP:	Via:
Stato:	CAP:
Paese:	Stato:
Numero telefonico:	Paese:
Indirizzo e-mail:	Numero telefonico:
Terapia medica	
Tipo di malattia o infortunio:	
La malattia/l'infortunio si è verificato o è stato trattato prima dell'inizio dell'assicurazione? sì ☐ no ☐ Se sì, quando?	
In caso di incidente: responsabilità propria ☐ responsabilità di terzi ☐	
C'è una copertura assicurativa da parte di un'altra assicurazione sanitaria (ad es. carta di credito)? Se sì, quale assicurazione:	
Numero di documenti allegati:	
Rimborso (le commissioni bancarie sono a carico dell'Assicurato)	
Ha già pagato la fattura del dottore? sì ☐ no ☐	
Se no , il pagamento verrà effettuato direttamente al dottore/ospedale.	
Nome del medico curante/ospedale:	
Indirizzo del medico curante/ospedale:	
Se sì , riceverà il rimborso tramite bonifico al conto sotto indicato. L'invio di risarcimenti per destinazioni in Nord o Sud America può avvenire anche mediante assegno, si prega di indicare: ☐	
Nome dell'intestatario del conto:	
Nome della banca:	
Indirizzo e Paese della banca:	
SWIFT/BIC (si prega di indicare in ogni caso):	
IBAN (si prega di indicare in ogni caso):	
Documenti relativi alla richiesta di risarcimento	
Entro 60 giorni dalla prima fattura medica si prega di inviare per e-mail il modulo di richiesta di risarcimento, debitamente compilato e accompagnato dalle fatture, all'Ufficio Richieste di Risarcimento indicato di seguito (in base al Paese di destinazione). INFORMAZIONI INCOMPLETE O ERRATE PROVOCHERANNO RITARDI DI PAGAMENTO. Maggiori informazioni su www.caremed-assistance.com	Se la destinazione è: Nord e Sud America CareMed Claims CISI Claims Department 1 High Ridge Park Stamford, CT 06905 USA +1-203-399 5130 claimhelp@culturalinsurance.com Qualsiasi altro Paese escluso Nord e Sud America CareMed Claims Chubb European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 12 60439 Frankfurt, Germany +49 (0)69-756 13 6722 claims.service@chubb.com
Con la presente autorizzo l'ospedale, il medico o altre persone che si siano occupate di me o mi abbiano sottoposto a esami, anche nel mio Paese di residenza, a fornire al Centro Assistenza o ai relativi rappresentanti qualsiasi informazione concernente eventuali malattie o incidenti, l'anamnesi, i consulti, le prescrizioni o i trattamenti, nonché copia di tutti i referti clinici e medici. Una fotocopia della presente autorizzazione sarà considerata efficace e valida quanto l'originale.	
Data	Firma dell'Assicurato

Declarations of Release from Professional Secrecy

Certificate/policy no.

Claim no. (if available)

Name of the insured person

Date of event

Consent to the collection and use of health data and declaration of release from the duty of non-disclosure

The provisions of the Insurance Contract Act, the Federal Data Protection Act and other data protection regulations do not provide an adequate legal basis for the collection, processing and use of health data by insurance carriers. To permit us to collect and use your health data for the purposes of this application and for the policy, we, the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland (hereinafter for the most part referred to as "Chubb"), therefore require your consent(s) under the data protection laws.

We furthermore require your releases from the duty of non-disclosure to permit us to collect your health data from offices which are under an obligation of non-disclosure, such as e.g. physicians.

As an accident insurer, moreover, we require your release from the duty of non-disclosure to permit us to pass on your health data, or other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code such as e.g. the fact that you have purchased a policy from us, to other offices, e.g. an emergency assistance or IT services provider.

The following statements of consent and declarations of release from the duty of non-disclosure are, in insurance, essential to the checking of applications and to the formation, execution or termination of your insurance contract. Without such statements and declarations, claims settlement would as a rule not be possible.

The statements and declarations concern the handling of your health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code

- by Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland itself (under 1.),
- in connection with the retrieval of information from third parties (under 2.),
- whenever such data is disclosed to offices outside Chubb (under 3.).

The statements and declarations are valid also for persons legally represented by you such as your children, insofar as they are unaware of the implications of such consent and are therefore unable to make their own statements and declarations.

1. Collection, storage and use of health data provided by you by the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland

I hereby consent to the Chubb European Group Limited collecting, storing and using the health data which is provided by me in this application and which I might provide in the future, insofar as this is required for checking my application and for the formation, execution or termination of this insurance contract.

2. Retrieval of health data from third parties

2.1 Retrieval of health data from third parties for risk assessment purposes and for verification of the obligation to provide benefit

In order to assess the risks to be insured, it may be necessary to retrieve information from offices that hold your health data. Furthermore, in order to verify the obligation to provide benefit, it may be necessary for Chubb to check the information you provide on your state of health with a view to substantiating any claims or the information obtained from documents submitted (e.g. bills, prescriptions, medical reports) or disclosed e.g. by a physician or other member of a medical profession.

Such a check will be made only where necessary. For this, Chubb requires your consent, together with a release from the duty of non-disclosure for itself and for these offices, in case health data or other information protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code has to be disclosed in the context of the retrieval of such information.

You can make these statements and declarations in advance, in this document (I), or at a later date on a case-by-case basis (II). You may revise your decision at any time.

Kindly decide on one of the following two options: (Please be aware that if you don't decide on one of the following options it may lead to delays to the process)

Option I

☐ I hereby consent to the Chubb European Group Limited collecting my health data – provided this is required for risk assessment purposes or for checking a claim – from physicians, carers and people working in hospitals, other medical establishments and nursing homes, from personal insurers, statutory health insurance funds, employers' liability insurance associations and authorities, and to its using such data for these purposes.

I hereby release the aforementioned persons and employees of the aforementioned organisations from their duty of non-disclosure whenever my health data, stored in a permissible manner and obtained as the result of examinations, consultations and treatment, together with insurance applications and policies, throughout a period of up to ten years prior to my application for insurance, are communicated to Chubb.

I am moreover agreeable to Chubb disclosing my health data, where necessary, in such connection to these offices and to this extent, also hereby release persons working for Chubb from their duty of non-disclosure.

Prior to the collection of any data in accordance with the above paragraphs, I shall be informed by whom the data are to be collected and for what purpose, and I shall be advised that I may object to this and provide the required documentation myself.

Option II

☐ I wish Chubb European Group Limited to inform me in each individual case by which persons or organisations information is required, and for what purpose. I shall then decide in each case whether I

- consent to the collection and use of my health data by Chubb, release the aforementioned persons or organisations, together with their employees, from their duty of non-disclosure and consent to my health data being communicated to Chubb
- or provide the required documentation myself.

2.2 Declarations and statements in case of your death

It may also be necessary for the purposes of verifying the obligation to provide benefit to check health data following your death. It may equally be necessary to check this whenever there are, as far as Chubb is concerned, definite indications of the fact that incorrect or incomplete information was given at the time of the application, which would have had an influence on the risk assessment, and this up to ten years after conclusion of the contract. Consent and a release from the duty of non-disclosure are required for this too.

Please mark the box with the cross:

☐ For the event of my death, I hereby consent to the collection of my health data from third parties for the purposes of checking a claim and/or for any rechecking of the application which might be necessary, as described in the first box to be crossed (cf. 2.1. above - Option I).

3. Disclosure of your health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code to offices outside the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland

The Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland, places the following offices under a contractual obligation to comply with data protection and data security regulations.

3.1 Disclosure of data for medical examination purposes

In order to assess the risks to be insured and verify the obligation to provide benefit, it may be necessary to call upon the services of medical consultants. The Chubb European Group Limited requires your consent and release from the duty of non-disclosure whenever your health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code are communicated in this connection. You will be informed in each case of the communication of such data.

I hereby consent to the Chubb European Group Limited, communicating my health data to medical consultants, provided this is required in a risk assessment context or for the verification of the obligation to provide benefit and that my health data are used appropriately by them and the results communicated back to the Chubb European Group Limited. As far as concerns my health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code, I hereby release the persons working for the Chubb European Group Limited and the consultants from their duty of non-disclosure.

3.2 Assignment of tasks to other offices (companies or persons)

Certain tasks, such as for example claims handling or customer services call centres, where the collection, processing or use of your health data may be required, are performed not by the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland, itself but responsibility for dealing with such matters is assigned to another company in the Chubb Group or to another office. If your data which are protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code are disclosed, the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland, requires your release from the duty of non-disclosure for itself and, where necessary, for the other offices.

The Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland keeps a continually updated list of the offices and types of offices which, as agreed upon, collect, process or use health data on behalf of the Chubb European Group Limited, with an indication of the tasks assigned. The currently valid list is attached as an appendix to the statement of consent.

An up-to-date list can also be found on the website (at <http://www.chubb.com/de-de/assets/datenschutz.pdf>) or be requested from the data protection officer, Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt, 069 75613 0, Datenschutzbeauftragter@chubb.com.

For the disclosure of your health data to and for its use by the offices named in the list, the Chubb European Group Limited, needs your consent.

I hereby consent to the Chubb European Group Limited communicating my health data to the offices named in the above-mentioned list and to the health data being collected, processed and used by them for the aforesaid purposes to the same extent as the Chubb European Group Limited is permitted to do so. To the extent that this is necessary, I hereby release the employees of the Chubb group of companies and of other offices from their duty of non-disclosure as far as concerns the disclosure of health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code.

3.3 Disclosure of data to reinsurers

To guarantee that your claims are met, the Chubb European Group Limited may involve reinsurers, who accept all or part of the risk. To do so, the reinsurers do in some cases call upon other reinsurers, whom they also provide with your data. To permit the reinsurer to form its own idea of the risk or of the insured event, it may happen that Chubb submits your insurance application or claim for benefit to the reinsurer. This is notably the case when the sum insured is particularly high or where it concerns a risk which it is difficult to classify.

It may moreover happen that because of its expert knowledge, the reinsurer assists Chubb with risk assessment or with checking claims, and in the evaluation of procedures.

Where reinsurers have assumed responsibility for covering the risk, they may check whether Chubb has correctly evaluated the risk and/or any claim.

The required amount of data concerning your existing policies and applications is moreover disclosed to reinsurers to permit the latter to check whether and to what extent they are able to participate in the risk. Data concerning your existing policies may be disclosed to reinsurers for the purposes of processing premium and claims payments.

The data used for the above-mentioned purposes is as far as possible anonymised and/or pseudo-anonymised, however personal health data may also be used.

Your individual personal data will be used by the reinsurers for the above-mentioned purposes only. Chubb will inform you of the communication of your health data to reinsurers.

I hereby consent to my health data being communicated - where required - to reinsurers and used by them for the aforementioned

purposes. To the extent that this is necessary, I hereby release persons working for the Chubb European Group Limited from their duty of non-disclosure as far as concerns health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code.

Please sign here:

Place, date	Signature of the accident victim (provided he/she has the required capacity to understand, at the earliest on attaining the age of 16) or Signature of the legal representative
-------------	---

Please insert your first and surname in block letters:

Appendix to the data protection statement of consent / List of service providers

List of offices and types of offices which, as agreed upon, collect, process or use health data or data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code on behalf of the Chubb European Group Limited

Name / Category	Delegated Services
AXA Assistance Deutschland GmbH, München	Service centre, claims handling and provision of emergency assistance services
CISI Cultural Insurance Services Internat. Inc.	Service-Center
Europ Assistance Service GmbH, München	Provision of emergency assistance services
Telcon GmbH, Saarbrücken	Service centre and claims handling
Category	
Bank	Collection of insurance contribution and claims payment
Printers and print packaging	Printing and compilation and sending of insurance documentation
Waste disposal contractors, storage	Disposal of data media and paper documents in accordance with the data protection provisions
IT providers	Building and maintenance of IT systems, development of applications, website management
Reinsurers	Reinsurance of certain risks or sums insured
Service-Center	Customer-Service and receivable management

Your health data and other data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code are stored in the IT systems of the Chubb Group. Data protected in accordance with Section 203 of the German Criminal Code are a "third party secret, namely a secret belonging to a person's personal life or an industrial or commercial secret". In the case of insurance, this notably concerns the fact that there is an insurance contract in existence.

Access to your health data is granted only to a restricted group of people within the Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland. Your other data (e.g. inception of the insurance, your address) may also be viewed by other Chubb employees, e.g. for policy administration purposes.

It is in theory possible that your data might be viewed by some other employees of the Chubb Group. **Chubb European Group Limited** is an English company headquartered in **London, Great Britain** (please visit www.chubb.com for further details).

This list does not include your insurance broker or a designated representative. If you have any questions regarding the disclosure of information, please refer to the data documented by your insurance broker.

Health data, in cases of benefit claims, is collected by us (with your prior consent). We only disclose this to your insurance broker once you have explicitly agreed to it (on the benefit claim).

Condizioni assicurative per CareMed Assicurazione di annullamento viaggio 2018/2019

Indice

Come comportarsi in caso di sinistro	1
Informazione per l'utente	1
Condizioni di assicurazione per CareMed assicurazione viaggi -	
Parte generale	2
Assicurazione di annullamento viaggio (TC)	3
Contatto	4

Come comportarsi in caso di sinistro

1. Per il servizio di contabilità è necessario un annullamento immediato per mantenere i costi di cancellazione i più bassi possibile!
2. In caso di danno superiore a 300 euro, potrà richiedere un modulo prestampato per la denuncia di sinistro con certificato medico al numero telefonico + 49 (0)40/4119-2300. In casi di danni di poca importanza, è sufficiente un certificato medico informale che riporti la diagnosi e i dati del trattamento medico.
3. A HanseMerkur devono essere presentati i seguenti ulteriori documenti:
 - tutti i documenti originali di prenotazione e annullamento
 - giustificativi dei costi sostenuti in originale
 - certificazioni mediche riportanti la diagnosi e i dati del trattamento medico
 - in tutti gli altri casi assicurativi, i relativi documenti in originale (ad es. copia del certificato di morte, in caso di decesso).

Contatto per la segnalazione di sinistri:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Reparto RLK/prestazioni/Richieste di risarcimento CareMed
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Amburgo
Telefono: +49 (0)40 4119-2300
Fax: +49 (0)40 4119-3586
E-mail compagnia assicuratrice: CareMedClaims@hansemerkur.de

In caso di documenti presentati incompleti, possono verificarsi ritardi nella gestione della pratica di risarcimento danni.

Informazione per l'utente

CareMed GmbH è mediatrice di piani assicurativi internazionali sotto il marchio CareMed®. HanseMerkur Reiseversicherung AG è il fornitore della polizza.

Informazioni importanti sul contratto di assicurazione

Identità della compagnia assicuratrice (nome, indirizzo):

HanseMerkur Reiseversicherung AG
(Forma giuridica: società per azioni)
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Amburgo
Telefono: +49 (0)40 4119-1000
Fax: +49 (0)40 4119-3030

Iscrizione nel registro delle imprese:

Tribunale di Amburgo HRB 19768

Domicilio eletto e rappresentante di HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Amburgo,
rappresentata dalla direzione: Fritz Horst Melsheimer (presidente),
Dr. Andreas Gent, Peter Ludwig, Eberhard Sautter, Holger Ehse
(vice presidente)

Attività principale di HanseMerkur Reiseversicherung AG, di seguito denominata "HanseMerkur":

HanseMerkur opera nel campo dell'assicurazione dei rischi relativi a viaggi.

Nome e indirizzo dell'autorità di vigilanza:

Autorità di Vigilanza Federale sui Servizi Finanziari (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Fondo di garanzia o altri regolamenti di risarcimento:

Per i prodotti riportati nel presente stampato non sussistono fondi di garanzia né altri regolamenti di risarcimento.

Caratteristiche essenziali delle prestazioni:

HanseMerkur opera nel settore delle assicurazioni di viaggio per danni e infortunio. A seconda dell'estensione della copertura assicurativa selezionata, HanseMerkur fornisce l'assicurazione sanitaria viaggi, l'assicurazione contro gli infortuni in viaggio o l'assicurazione per responsabilità civile in viaggio, alle rispettive condizioni di assicurazione. L'estensione della copertura assicurativa è determinata dal contraente nella proposta. Per i dati dettagliati sul tipo e l'estensione della copertura assicurativa selezionata dal contraente, si rimanda alla descrizione della prestazione nella proposta e nelle condizioni di assicurazione. Una volta stabilito l'obbligo di prestazione di HanseMerkur e definito l'importo, il pagamento del risarcimento avverrà entro 2 settimane. Potrebbero verificarsi dei ritardi nella misura in cui l'esame da parte di HanseMerkur della richiesta di risarcimento sia ostacolato per qualsivoglia colpa della persona assicurata.

Ordinamento giuridico:

Il rapporto contrattuale è disciplinato dal diritto tedesco.

Prezzo totale e componenti del prezzo:

Il premio complessivo da corrispondere risulta dall'estensione della copertura assicurativa selezionata dal contraente. Per i premi relativi alle componenti della copertura assicurativa si rimanda alla proposta. I suddetti premi comprendono (ad esclusione dell'assicurazione sanitaria, esente dalle imposte sulle assicurazioni) le attuali imposte di legge sulle assicurazioni.

Spese, imposte o commissioni supplementari:

Sul premio totale non vengono calcolate tasse o imposte, ma possono risultare da pagare ad es. tariffe telefoniche o spese postali.

Dettagli del pagamento e adempimento:

Il premio è da considerarsi una tantum e deve essere corrisposto al momento della stipula del contratto. Può essere pagato anche a rate; per i dettagli si prega di consultare la proposta di assicurazione.

Limitazione della durata di validità delle informazioni messe a disposizione:

Le informazioni messe a disposizione hanno una validità limitata nel tempo.

Inizio del contratto, inizio della copertura assicurativa, durata del tempo di validità in caso di proposta:

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio dovuto. La copertura assicurativa decorre dalla data indicata dal contraente, tuttavia non prima del pagamento del premio dovuto. Qualora si sia convenuta la riscossione del premio da un conto, il pagamento si intende puntuale se alla data di addebito è possibile riscuotere il premio e il contraente non contesta la legittima riscossione. Se il premio non è riscuotibile, ma il contraente non ne ha colpa, il pagamento si intende puntuale anche se esso avviene immediatamente dopo il sollecito di pagamento scritto da parte della compagnia assicuratrice. Nell'assicurazione sanitaria viaggi, la copertura assicurativa inizia, inoltre, non prima della data dell'espatrio dal territorio nazionale presso cui risiede l'assicurato e dello scadere di eventuali tempi di attesa. Si prega di consultare i requisiti per la stipulazione dell'assicurazione nel § 2 delle condizioni di assicurazione allegate. Non è previsto un termine vincolante.

Nota importante ai sensi del § 37 cpv. 2 della legge tedesca sui contratti di assicurazione: Se il caso assicurativo si verifica dopo la stipulazione del contratto e il premio assicurativo una tantum o il primo premio assicurativo non è stato ancora pagato, HanseMerkur non è tenuta a fornire la prestazione, a meno che il contraente non sia responsabile del mancato pagamento.

Diritto di revoca:

In caso di contratti di assicurazione con durata minima di un mese, il contraente può revocare la propria dichiarazione contrattuale entro due settimane per iscritto (ad es. per lettera, fax, e-mail) senza dover indicare alcun motivo. Il termine decorre a partire dal rilascio della dichiarazione di contratto. Per salvaguardare il termine di revoca è sufficiente inviare in tempo la revoca stessa. La revoca dovrà essere indirizzata a CareMed GmbH, Budapest Str. 4, 53111 Bonn, Telefono +49 (0)228 5554900, Fax +49 (0)228 55549075, E-mail: info@caremed-travel.com

Conseguenze della revoca:

In caso di revoca valida, CareMed rimborserà l'importo ricevuto.

Informazioni sulla durata dell'assicurazione:

Il contratto termina a seconda della durata selezionata.

Fine del contratto, diritto di disdetta, tassa amministrativa:

Il contratto termina alla fine del viaggio o al termine concordato dell'assicurazione. Nell'assicurazione sanitaria viaggi la copertura assicurativa termina con il rientro nel territorio nazionale presso cui la persona assicurata risiede abitualmente. In linea generale non sussiste alcun diritto di disdetta anticipata del contratto di assicurazione; eventuali eccezioni sono definite nella proposta. Se CareMed, ai sensi del § 37 cpv. 1 della legge tedesca sui contratti di assicurazione, recede dal contratto a causa del mancato pagamento del primo premio o del premio una tantum, ai sensi del § 39 cpv.2 trova applicazione una tassa amministrativa pari a euro 12,80 (per contratto di assicurazione).

Diritto applicabile e foro competente:

Il rapporto contrattuale è disciplinato dal diritto tedesco. Azioni contro HanseMerkur possono essere intentate ad Amburgo o nel luogo presso cui il contraente abbia la propria residenza nel momento in cui viene intentata l'azione legale, oppure, in assenza di questa, il proprio luogo di dimora abituale.

Lingua contrattuale:

Per il rapporto contrattuale e la comunicazione con il contraente durante la durata del contratto fa fede la lingua tedesca.

Procedura arbitrale e di reclamo extragiudiziale:

Tentativi di conciliazione e reclami, qualora non sia possibile giungere a un accordo con HanseMerkur, devono essere indirizzati agli uffici conciliazione e reclami:

Versicherungsbundsmann e.V.

Casella postale 08 06 32, 10006 Berlino

www.versicherungsbundsmann.de

Resta salva la possibilità di adire le vie legali.

Possibilità di reclamo presso l'autorità disciplinare competente:

I reclami contro HanseMerkur possono essere presentati anche presso l'autorità disciplinare competente: Autorità di vigilanza Federale sui Servizi finanziari (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, www.bafin.de

Condizioni di assicurazione per CareMed assicurazione viaggi-cose di HanseMerkur

Reiseversicherung AG

Sigla: VB-RS 2012 (CareMed)

A: Parte generale

(valida per tutte le assicurazioni citate nella parte B)

§ 1 - Persone assicurate

Sono assicurate le persone citate nominalmente nel certificato di assicurazione o nella conferma dell'organizzatore.

§ 2 - Stipula, durata e termine del contratto

Il contratto assicurativo deve essere stipulato prima dell'inizio del viaggio e per la durata complessiva dello stesso, oppure, nel caso di un'assicurazione di annullamento viaggio, per l'intera durata del periodo precedente alla partenza. La copertura assicurativa, dopo il pagamento del premio assicurativo, inizia al momento concordato e termina al momento concordato, tuttavia al massimo al termine del viaggio assicurato. L'assicurazione di annullamento viaggio deve essere stipulata al momento della prenotazione, o al più tardi fino a 30 giorni prima della partenza. La copertura assicurativa, dopo il pagamento del premio assicurativo, inizia al momento concordato e termina al momento concordato, tuttavia al massimo al termine del viaggio assicurato.

§ 3 - Premio

1. Pagamento del primo premio o del premio una tantum

La copertura assicurativa inizia nel momento indicato nel certificato di assicurazione e non prima del pagamento del premio una tantum.

2. Addebito diretto

Qualora si sia convenuta la riscossione del premio da un conto bancario o da una carta di credito, il pagamento si intende puntuale se alla data di addebito è possibile riscuotere il premio e il contraente non contesta la legittima riscossione. Se non è stato possibile riscuotere il premio, ma il contraente non ne ha colpa, il pagamento si intende puntuale anche se esso avviene

immediatamente dopo il sollecito di pagamento scritto da parte della compagnia assicuratrice.

§ 4 - Ambito di validità della copertura assicurativa

1. La copertura assicurativa sussiste per l'ambito di validità territoriale del viaggio assicurato convenuto contrattualmente.
2. Viaggi, passaggi e soggiorni presso il luogo di residenza abituale della persona assicurata non sono da intendersi viaggi.

§ 5 - Limitazioni generali della copertura assicurativa, franchigia, motivi di decadenza, termine per la presentazione di ricorsi, prescrizione

1. La copertura assicurativa non è garantita per danni cagionati da guerre, guerre civili, eventi bellici, disordini interni, scioperi, energia nucleare, requisizioni, confische o interventi simili per mano di autorità superiori.
2. HanseMerkur è esonerata dall'obbligo di prestazione se per il contraente o per la persona assicurata il caso assicurativo fosse prevedibile al momento della stipulazione dell'assicurazione.
3. HanseMerkur è esonerata dall'obbligo di prestazione se il contraente o la persona assicurata ha contribuito dolosamente al verificarsi del caso assicurativo;
4. Se il contraente/la persona assicurata ha contribuito al verificarsi del caso assicurativo per grave negligenza, HanseMerkur ha facoltà di decurtare la prestazione in modo proporzionale alla gravità della colpa.
5. HanseMerkur non è tenuta alla prestazione nel caso in cui il contraente o la persona assicurata cerchi di frodare HanseMerkur in merito a circostanze che siano rilevanti per la causa o l'importo della prestazione.
6. I diritti posti in essere dal presente contratto cadono in prescrizione dopo 3 anni. La prescrizione decorre dalla fine dell'anno in cui possa essere richiesta la prestazione. Se a HanseMerkur è stata notificata una richiesta dalla persona assicurata, la prescrizione viene sospesa fino alla comunicazione in forma scritta da parte di HanseMerkur della propria decisione.

§ 6 Obblighi generali e conseguenze della violazione degli obblighi

1. Il contraente e la persona assicurata, al verificarsi di un caso assicurativo, sono tenute
 - a) a limitare il più possibile i danni e a evitare tutto ciò che potrebbe portare a un aumento innecessario dei costi;
 - b) a consentire a HanseMerkur di eseguire ogni ragionevole indagine sulla causa e l'importo dell'obbligo di prestazione, fornire ogni informazione utile in merito, presentare la documentazione originale e, in caso di decesso, l'atto di morte.
2. Se il contraente/la persona assicurata viola intenzionalmente uno degli obblighi concordati contrattualmente, HanseMerkur non è tenuta a fornire la prestazione. In caso di violazione dell'obbligo per grave negligenza, HanseMerkur ha facoltà di ridurre la prestazione in proporzione alla gravità della colpa. L'onere della prova della mancanza di grave negligenza è a carico del contraente/della persona assicurata.

Nota bene: Si prega inoltre di tenere presenti i relativi obblighi particolari nella "Sezione speciale" relativa alle singole assicurazioni.

§ 7 - Pagamento della prestazione assicurativa

1. In presenza del certificato di assicurazione e del pagamento del premio di HanseMerkur, e definito il motivo e l'importo dell'obbligo di prestazione di HanseMerkur, il pagamento dell'indennizzo avverrà entro 2 settimane. Potrebbero verificarsi dei ritardi nella misura in cui l'esame della pretesa da parte di HanseMerkur sia ostacolata per qualsivoglia colpa della persona assicurata.
2. Un mese dopo la notifica del sinistro è possibile richiedere, a titolo di pagamento anticipato, l'importo minimo dovuto in base alle circostanze.
3. Se in relazione con il caso assicurativo siano state avviate indagini ufficiali o procedimenti penali contro la persona assicurata, HanseMerkur ha la facoltà di posticipare la liquidazione del sinistro fino alla conclusione definitiva del procedimento.
4. Le spese insorte in valuta estera saranno convertite in base al tasso di cambio vigente nella Repubblica federale tedesca il giorno in cui HanseMerkur riceva il giustificativo. Per corso del giorno per le valute negoziate si intende il corso ufficiale delle divise della borsa di Francoforte, mentre per quelle non negoziate il corso ai sensi delle "Valute del mondo", pubblicazioni della Banca federale di Germania di Francoforte sul Meno, ogni volta rispetto all'ultimo aggiornamento, a meno che non si possa

dimostrare che le divise necessarie al pagamento delle fatture siano state acquistate a un cambio non conveniente.

§ 8 - Indennizzo da altri contratti assicurativi e pretese nei confronti di terzi

1. Se il contraente ha diritto ad avanzare una richiesta di risarcimento contro terzi, tale diritto passa in capo a HanseMerkur, nella misura in cui quest'ultima abbia rimborsato il danno. La cessione non può essere fatta valere a svantaggio del contraente.
2. Il contraente deve far valere il proprio diritto al risarcimento, o qualsivoglia diritto che funge da garanzia a tale diritto, nel rispetto delle prescrizioni di forma e termini e, ove necessario, a cooperare alla relativa attuazione da parte della compagnia assicuratrice. Se il contraente viola intenzionalmente questo obbligo, la compagnia assicuratrice non è tenuta a fornire la prestazione, a condizione che non possa essere richiesto per tale ragione alcun indennizzo da parte di terzi. In caso di violazione dell'obbligo per grave negligenza, la compagnia assicuratrice ha la facoltà di ridurre la prestazione in proporzione alla gravità della colpa del contraente; l'onere della prova della mancanza di grave negligenza è a carico del contraente.
3. Se la richiesta di risarcimento del contraente è rivolta a una persona con la quale essa convive al momento in cui si verifici il sinistro, la cessione di cui al paragrafo 1 non può essere fatta valere, a meno che la persona non abbia causato il sinistro dolosamente.
4. Se nel caso assicurativo è possibile richiedere un indennizzo da un altro contratto di assicurazione, l'altro contratto è da intendersi prioritario rispetto al presente. Se il caso assicurativo viene notificato prima a HanseMerkur, questa effettua il pagamento a titolo di anticipo.

§ 9 - Compensazione

Il contraente o la persona assicurata può ricorrere alla compensazione per crediti nei confronti della compagnia assicuratrice solo nella misura in cui la contropreteza sia stata definita in modo incontestabile o sia passata in giudicato.

§ 10 - Dichiarazioni di volontà e notifiche

Le dichiarazioni di volontà e notifiche destinate all'assicuratrice necessitano della forma scritta (lettera, fax, e-mail, supporti dati elettronici, ecc.).

§ 11 - Diritto applicabile, lingua contrattuale, validità per le persone assicurate

Si applica il diritto tedesco, purché non in contraddizione con il diritto internazionale. La lingua contrattuale è il tedesco. Tutte le disposizioni adottate si applicano conformemente alle persone assicurate.

Compagnia assicuratrice: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hauptverwaltung, Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Amburgo, Germania

B: Sezione speciale relativa alle singole assicurazioni

(a seconda dell'estensione assicurativa selezionata)

Assicurazione di annullamento viaggio (TC)

(si applica solo ove compresa nell'estensione assicurativa selezionata)

§ 1 - Oggetto della copertura assicurativa ed estensione dell'obbligo di prestazione

HanseMerkur, ai sensi del § 2 (Tipologie di sinistro) e sulla base del § 3 (Limitazioni della copertura assicurativa), è tenuta a fornire la prestazione quando nel corso della durata di validità della copertura assicurativa si sia verificato uno degli eventi assicurati di seguito elencati:

1. Copertura assicurativa per persone assicurate o persone a rischio:
 - a) Malattia grave improvvisa;
 - b) Morte, grave infortunio, gravidanza, intolleranza a immunizzazioni. Non sono tuttavia assicurati i casi di rifiuto di sottoporsi a immunizzazione, o i casi in cui non si possiede il valore anticorpale prescritto per il paese di destinazione;
 - c) Rottura di protesi.
2. Copertura assicurativa per persone assicurate:
 - a) Perdita del posto di lavoro, con conseguente iscrizione nelle liste di disoccupazione a causa di una modifica inattesa del rapporto lavorativo da parte del datore di lavoro per esigenze

aziendali. Non sono assicurate la perdita di commesse o l'insolvenza in caso di lavoratori autonomi;

- b) Accettazione di un rapporto lavorativo o di un impiego con indennizzo per gli oneri supplementari (i cosiddetti "lavori da 1 euro") uscendo dalla condizione di disoccupazione, quando la persona assicurata sia stata indicata come disoccupata al momento della prenotazione del viaggio. Non è assicurata l'accettazione di stage, disposizioni operative o di formazione di qualsiasi genere, né l'accettazione di un lavoro da parte di alunni o studenti durante il periodo di studio scolastico o universitario;
 - c) Modifica del luogo di lavoro, presupponendo che il viaggio assicurato sia stato prenotato prima di venire a conoscenza della modifica del luogo di lavoro e che il periodo di viaggio assicurato rientri nel periodo di prova del nuovo impiego lavorativo, purché al massimo nei primi 6 mesi del nuovo impiego lavorativo;
 - d) Ripetizione di esami non superati presso una scuola, università/istituto superiore di qualificazione professionale o presso un college, che debbano essere ripetuti per evitare un prolungamento temporale della frequenza scolastica/studio universitario, o per ottenere il diploma di maturità o universitario. Condizione necessaria è che il viaggio assicurato sia stato prenotato prima del termine dell'esame non superato e che il termine per la ripetizione dell'esame rientri inaspettatamente nel periodo di viaggio assicurato, o entro i 14 giorni successivi alla conclusione del viaggio;
 - e) Non ammissione di un alunno, quando si tratti di una gita scolastica o di classe, o di un soggiorno all'estero durante la scuola superiore;
 - f) Danni ingenti alla proprietà causati da fuoco, rottura di tubi dell'acqua, catastrofi naturali o azioni punibili penalmente da parte di terzi (ad es. furto con scasso). Per danno ingente alla proprietà si intende un danno causato da uno dei suddetti eventi, la cui entità ammonti almeno a 2500 euro;
3. Per persone a rischio si intendono
- a) persone assicurate che abbiano prenotato e assicurato congiuntamente un viaggio;
 - b) i parenti di una persona assicurata; questa categoria comprende il coniuge o il compagno in un'unione consensuale, figli, figli adottivi, figliastri, bambini affidati, genitori adottivi, patrigni e matrigne, genitori affidatari, nonni, fratelli e sorelle, nipoti, suoceri, generi e nuore, cognati e cognate;
 - c) le persone che assistono minori o parenti non autosufficienti di una persona assicurata che non prendano parte al viaggio;
 - d) zie, zii, nipoti, nel caso in cui si verifichi l'evento "morte";
4. Se più di cinque persone, o più di due famiglie in caso di tariffe famiglia, hanno prenotato e assicurato un viaggio, come persone a rischio contano solo i rispettivi parenti della persona assicurata e le persone che si occupino di questi ultimi, non tutte le persone assicurate insieme.

§ 2 - Tipologie di sinistro

HanseMerkur, in caso di no show/annullamento del viaggio o mancato utilizzo/annullamento della prenotazione dell'oggetto in locazione (esclusi veicoli in locazione), riconoscerà un indennizzo, trattenendo l'importo della franchigia, per i costi di annullamento dovuti per contratto dalla persona assicurata. Tra di essi è incluso anche la tariffa per i servizi di intermediazione dovuta dalla persona assicurata all'agente di viaggio, quando tale tariffa sia già stata concordata, dovuta e fatturata per contratto al momento della prenotazione del viaggio. Il risarcimento è fissato a un limite di 100 euro per persona assicurata.

§ 3 - Limitazioni della copertura assicurativa

L'assicurazione non copre

1. malattie di cui si sia venuti a conoscenza al momento della stipula del contratto assicurativo e per cui si siano affrontate cure negli ultimi 6 mesi precedenti alla stipula del contratto assicurativo. Da ciò sono escluse le visite di controllo;
2. malattie che si siano manifestate a seconda delle circostanze come una reazione psichica ad attentati terroristici, incidenti aerei o di autobus, o al timore di disordini civili, eventi di guerra, attentati terroristici, catastrofi naturali, malattie o epidemie, il tutto relativamente alla zona di destinazione del viaggio;
3. allentamento o smarrimento di protesi di qualsiasi tipo;
4. costi aggiuntivi per il viaggio di ritorno insorti in seguito a un'interruzione del viaggio, o costi per i giorni non utilizzati sul luogo di vacanza o mancato godimento della vacanza;

5. Attentati o minacce terroristiche;
6. Danni patrimoniali consequenziali.
7. Se il sinistro assicurato è provocato dall'evento assicurato "malattia grave inaspettata", l'importo della franchigia, a meno che non sia stato convenuto altrimenti, è pari al 20% del danno passibile di indennizzo, per un minimo di 25 euro a persona assicurata. La franchigia non si applica nel caso in cui si sia reso necessario un ricovero ospedaliero a causa di malattia grave inattesa.

§ 4 - Obblighi particolari al verificarsi del sinistro assicurato

(Integrazione agli obblighi generali indicati nella Parte generale)

Il contraente o la persona assicurata sono tenuti,

1. in caso di no-show alla partenza o di mancato utilizzo dell'immobile in locazione, a eseguire un annullamento immediato per mantenere i costi di annullamento i più bassi possibile;
2. a denunciare immediatamente a HanseMerkur il danno, al più tardi dopo la conclusione del viaggio, e a documentare il verificarsi di un evento assicurato mediante presentazione del certificato di assicurazione e della documentazione di prenotazione originali;
 - a) in caso di malattia, grave infortunio, gravidanza, intolleranza a immunizzazioni o rottura di protesi, a presentare i relativi certificati medici esaurienti con l'indicazione della diagnosi;
 - b) in caso di malattie psichiatriche, a documentare mediante un certificato medico esauriente rilasciato da uno specialista in psichiatria,
 - c) in caso di danni ingenti alla proprietà, a presentare i documenti corrispondenti,
 - d) in caso di ripetizione di test, a presentare gli attestati corrispondenti della scuola/università/istituto superiore di qualificazione professionale/college,
 - e) in caso di modifica per esigenze aziendali o di ripresa di un rapporto lavorativo, presentando i certificati corrispondenti del datore di lavoro e dell'Agenzia federale tedesca per l'occupazione,
 - f) in caso di mancato utilizzo/annullamento della prenotazione di un immobile in locazione, fornendo certificati di non affittabilità rilasciati dal locatore, il tutto da presentare sempre al momento dell'annullamento o del cambio di prenotazione;
3. HanseMerkur ha la facoltà di disporre che la questione dell'incapacità a viaggiare a causa di un grave infortunio o di una grave malattia imprevista venga sottoposta alla perizia di un medico specializzato. Su richiesta di HanseMerkur si dovranno presentare certificati di non idoneità al lavoro e attestati di medici specialistici;
4. Per le conseguenze legali a seguito di una violazione dei presenti obblighi si rimanda al § 6 punto 2 della Parte generale.

Contatto

Ufficio sinistri

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Rep. RLK/Richieste di risarcimento CareMed
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Amburgo
Germania

Tel: +49-(0)40-4119-2300

E-mail: CareMedClaims@hansemerkur.de

Ufficio distribuzione internazionale CareMed

CareMed GmbH
Budapester Str. 4
53111 Bonn
Germania
Tel.: +49 (0)228 55 54 90-0
Fax: +49 (0)228 55 54 90-75
E-mail: info@caremed-travel.com

Ufficio CareMed

CareMed USA
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905
USA

HanseMerkur 
Reiseversicherung AG