# Condizioni di assicurazione CareMed PREMIUM 2024

**Indice**


Scheda informativa sul prodotto ....1
Avvertenze importanti ....1
Informazioni importanti in caso di sinistro....1
Sezione I. Tabella delle prestazioni / panoramica delle tariffe....3
Informazioni importanti sul contratto di assicurazione ....4
Sezione II. Disposizioni generali ....4
Sezione III "Descrizione delle prestazioni" ....6
Assicurazione sanitaria di viaggio....6
Assicurazione contro gli infortuni in viaggio ....9
Assicurazione di responsabilità civile in viaggio ....11
Assicurazione emergenze....13
Assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza....13
Assicurazione bagagli ....13
Sezione IV Estratto della legge sul contratto d'assicurazione ....15
Sezione V Spiegazioni....15
Contatti ....15
Modulo di notifica medica del sinistro ....21


La presente polizza è valida per assicurati con inizio dell'assicurazione tra il 1º gennaio 2024 e il 31 dicembre 2024.

## Scheda informativa sul prodotto

Tutte le coperture assicurative riportate di seguito sono valide esclusivamente nel caso in cui esse siano state concluse concretamente, ovvero siano contenute esplicitamente nella copertura assicurativa scelta (cfr. certificato d'assicurazione). I dettagli sono indicati nelle Condizioni di assicurazione riportate di seguito.

**Di quale tipo di assicurazione si tratta?**
L'assicurazione in oggetto è un'assicurazione viaggi a tempo determinato. L'estensione del contratto e le singole prestazioni sono definite dalla tariffa scelta.

**Qual è l'estensione della copertura assicurativa?**
**Assicurazione sanitaria di viaggio**
Assicura i necessari trattamenti medici di malattie insorte durante il soggiorno all'estero. Rimborsiamo i costi dovuti a malattie e infortuni verificatisi durante il periodo coperto dall'assicurazione. Ne sono un esempio i trattamenti presso un medico, in ospedale o i farmaci.

**Assicurazione contro gli infortuni in viaggio**
Quando si stipula un'assicurazione contro gli infortuni in viaggio, viene corrisposto un importo una tantum (prestazione d'invalidità) qualora si subisca una menomazione permanente in seguito a un infortunio (ad es. a causa di mobilità ridotta, paralisi o amputazioni). L'ammontare della prestazione d'invalidità dipende dalla somma assicurata concordata e dal grado di menomazione.

**Assicurazione di responsabilità civile in viaggio**
Se nell'assicurazione di viaggio è compresa un'assicurazione di responsabilità civile in viaggio, si è coperti durante il viaggio contro i danni derivanti dai pericoli della vita quotidiana, per i quali si è responsabili e che si devono quindi risarcire a terzi. Non ci limitiamo a liquidare il danno, ma verifichiamo anche se e in quale misura vi sia un obbligo di risarcimento danni. Proteggiamo l'assicurato da richieste di risarcimento danni ingiustificate e offriamo quindi anche protezione legale in caso di rivendicazioni di responsabilità infondate.

**Assicurazione emergenze**
Questa **assicurazione complementare** può essere stipulata separatamente se è già prevista una copertura assicurativa sanitaria per il soggiorno all'estero. In caso di stipula vengono forniti vari servizi di assistenza in caso di emergenza (ad es. trasferimento sanitario, visita al malato, spese di trasporto della salma e funerarie).

**Assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza**
Se l'assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza è inclusa nella copertura assicurativa, vengono rimborsati i costi per un viaggio di ritorno d'emergenza e per una visita al malato di una persona vicina alla persona assicurata.

**Assicurazione bagagli**
L'assicurazione bagagli copre la perdita o il danneggiamento del bagaglio registrato o la perdita o il danneggiamento del bagaglio a causa di furto, incendio o calamità naturali.

**A cosa si deve prestare attenzione al momento del pagamento del premio?**
L'ammontare del premio dipende dalla copertura assicurativa scelta che inizia non prima del pagamento del premio.

**Cosa non è coperto da assicurazione?**
Alcuni casi sono esclusi dalla copertura assicurativa, i dettagli sono riportati nella rispettiva assicurazione.

**Quali obblighi comporta la stipulazione del contratto?**
Tutte le informazioni da voi fornite al momento della stipulazione dell'assicurazione devono essere complete e veritiere. Contravvenendo a ciò, mettete in pericolo la vostra copertura assicurativa.

**A quali obblighi si deve prestare attenzione nel momento in cui subentra un sinistro?**
Mantenere il danno al livello minimo possibile. Evitare tutto ciò che potrebbe comportare un aumento inutile dei costi. Notificare immediatamente i danni all'ufficio preposto. Ulteriori obblighi sono riportati nel paragrafo "Obblighi" delle presenti condizioni di assicurazione.

**Quali sono le conseguenze legali di una mancata osservanza degli obblighi?**
Molto importante: In caso di violazione di uno degli obblighi, l'assicuratore ha la facoltà di ridurre le prestazioni conformemente alla gravità della colpa. Questo può arrivare anche alla perdita dell'intera prestazione assicurativa.

**Quando ha inizio e termine la copertura assicurativa?**
La copertura assicurativa ha inizio non prima del pagamento del premio, in ogni caso non prima della data concordata e termina in corrispondenza della scadenza concordata.

## Avvertenze importanti

**Chi può essere assicurato**
Persone di età compresa tra 3 mesi e 69 anni (70º compleanno), che si trovano temporaneamente all'estero per un soggiorno. Un Paese straniero non è il Paese in cui la persona ha la sua residenza permanente.
Z1: Meta di viaggio: tutto il mondo inclusi USA
Z2: Meta di viaggio: tutto il mondo esclusi USA

**Viaggio di ritorno anticipato**
Se la persona assicurata torna a casa anticipatamente, dopo la notifica scritta a CareMed, verrà effettuato un rimborso per il restante periodo di assicurazione al netto di una commissione amministrativa. Il periodo minimo è di 31 giorni. Il rimborso non può essere effettuato retroattivamente.

**Nota ai sensi della Legge federale sulla protezione dei dati**
Segnaliamo che in caso di contratto o di sinistro, i dati saranno memorizzati e, se necessario, trasmessi alle associazioni di categoria del settore assicurativo e ai relativi riassicuratori per lo stesso scopo, nella misura in cui ciò sia necessario per la corretta esecuzione del rapporto contrattuale. Le disposizioni della Legge federale sulla protezione dei dati concernenti la trasmissione degli stessi rimangono invariate. L'indirizzo dei rispettivi destinatari dei dati sarà fornito su richiesta.

## Informazioni importanti in caso di sinistro

**1. Scelta del medico / ospedale**
Outside the US the insured has free choice of physicians / hospitals. Referrals can be obtained by calling the toll-free emergency number of the assistance center. When you are in the United States, access

to covered medical services is provided by the **Aetna Preferred Provider Network**.
Use the following link to access the Preferred Provider Network: https://www.culturalinsurance.com/aetna-provider-search. If you need assistance, call the Claim Center between 9:00 am – 5:00 pm EST.

**2. Conteggio delle prestazioni**
Il rimborso delle prestazioni mediche viene generalmente effettuato all'assicurato su presentazione dei documenti di cui al punto 6. Se il contraente desidera un rimborso diretto al fornitore di servizi, questo deve essere annotato opportunamente sul modulo di notifica del sinistro.

**3. Approvazione da parte di Team Assist**
Il Centro di Assistenza deve autorizzare i seguenti costi prima di un trattamento medico

- Ricovero in ospedale e intervento
- Trasferimento nel Paese d'origine dell'assicurato in caso di malattia
- Funerale
- Trasferimento in caso di morte

**Una dichiarazione scritta di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore è il requisito per le prestazioni per i trattamenti medici e i casi di emergenza summenzionati. La dichiarazione di assunzione dei costi deve essere ottenuta prima del ricorso ai seguenti servizi rivolgendosi a:**
**Numero di telefono assicuratore: +1 203-399-5130**
**E-mail assicuratore:** claimhelp@culturalinsurance.com

**In caso di emergenza:**
**Team Assist – On Call International**
**24-Hour medical emergency numbers and e-mail:**
**Inside the U.S.: +1-877-714-8179 (Toll Free)**
**Outside the U.S.: +1-603-952-2660 (Collect Calls Accepted)**
**E-mail:** mail@oncallinternational.com

Team Assist is a non-insurance service and is not affiliated with Crum & Forster SPC.

**4. Certificato d'assicurazione**
Si prega di presentare il certificato d'assicurazione CareMed al proprio medico. Questo serve al medico come prova della copertura assicurativa.

**5. Modulo di notifica del sinistro**
Compilare il modulo di notifica del sinistro per ogni danno subito. Il modulo è disponibile in allegato.

**6. Presentazione di casi di sinistro**
Inviare i seguenti documenti all'ufficio sinistri entro 60 giorni dal trattamento medico. È possibile inviare i documenti in anticipo via e-mail, il nostro ufficio sinistri richiederà eventualmente i documenti originali:

- modulo di notifica del sinistro compilato dall'assicurato
- tutte le fatture e i giustificativi relazionati allo stesso caso di sinistro
- referti medici, compresi i referti dell'intervento, di laboratorio e le radiografie, ecc.

**7. Contatti ufficio sinistri**
In caso di domande su un caso di sinistro esistente, rivolgersi all'ufficio sinistri. A causa della tutela della privacy, solo l'ufficio sinistri è in grado di fornire informazioni sulle richieste di rimborso presentate.

**Claim Center**
CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Opening hours: 9:00 am – 5:00 pm EST
Phone: +1 203-399-5130
Phone: +1 866-404-2062 (press #1)
Fax: +1 203-399-5596
E-mail: claimhelp@culturalinsurance.com

## Sezione I. Tabella delle prestazioni / panoramica delle tariffe

| Assicurazione sanitaria di viaggio | Basic PREMIUM | Upgrade PREMIUM | Ultimate PREMIUM | Addon PREMIUM |
|---|---|---|---|---|
| Periodo di validità delle prestazioni: spese sostenute durante il periodo di copertura dell'assicurato. | | | | |
| Al momento della proposta, sono assicurabili persone che non abbiano ancora compiuto | 69 anni | 69 anni | 69 anni | 69 anni |
| Durata massima dell'assicurazione | 12 mesi, estensioni possibili | 12 mesi, estensioni possibili | 12 mesi, estensioni possibili | 12 mesi, estensioni possibili |
| Franchigie per ogni sinistro, per quanto non sia stato preso un accordo diverso | Secondo il certificato d'assicurazione | Secondo il certificato d'assicurazione | Secondo il certificato d'assicurazione | - |
| Valore scoperto per malattia senza carattere di urgenza trattata al pronto soccorso (solo per USA)* | US$ 250 | US$ 250 | US$ 250 | Non coperto |
| **2.1 Costi di trattamento ambulatoriali** | | | | |
| 2.1.1 Trattamenti medici | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.1.2 Psicoterapia massimo 6 sedute | €/$ 1.000 | €/$ 1.000 | €/$ 1.000 | Non coperto |
| 2.1.3 Trattamenti di riabilitazione | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| **2.2 Costi di trattamento con ricovero in ospedale** | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.2.1 Trasporto malati | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.2.2 Trattamenti medici | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.2.3 Trattamenti di riabilitazione | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.2.4 Indennità giornaliera di degenza ospedaliera a partire dal 6o giorno per un massimo di 90 giorni | solo per gli au pair:€/US$ 10 | | | Non coperto |
| **2.3 Costi delle cure dentarie** | | | | |
| 2.3.1 Cure dentarie analgesiche al 100% per anno assicurativo fino a | €/$ 1.000 | €/$ 1.000 | €/$ 1.000 | Non coperto |
| 2.3.2 Riparazioni di protesi dentarie esistenti 50% per anno assicurativo fino a | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | Non coperto |
| 2.3.3 Protesi dentarie in seguito a infortunio per anno assicurativo fino a | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | Non coperto |
| 2.3.4 Protesi dentaria (termine di aspettativa 6 mesi) | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 | Non coperto |
| **2.4 Farmaci, materiale da medicazione, presidi e ausili sanitari** | | | | |
| 2.4.1 Farmaci e materiale da medicazione | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.4.2 Presidi sanitari per anno d'assicurazione | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.4.3 Ausili sanitari in seguito a infortunio | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| **2.5 Costi per trattamenti in gravidanza** | | | | |
| 2.5.1 Trattamenti di complicazioni in gravidanza | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| 2.5.2 Esami preventivi e parto (termine di aspettativa 8 mesi) | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| **2.6 Trasferimento prescritto dal medico** | 100 % | 100 % | 100 % | Non coperto |
| **2.7 Spese di trasporto della salma e funerarie** | €/$ 30.000 | €/$ 30.000 | €/$ 30.000 | Non coperto |
| **Assicurazione contro gli infortuni in viaggio** | **Basic PREMIUM** | **Upgrade PREMIUM** | **Ultimate PREMIUM** | **Addon PREMIUM** |
| 1.1 Prestazione di invalidità | Non coperto | €/$ 40.000 | €/$ 40.000 | €/$ 40.000 |
| 1.2 Progressione in caso di invalidità totale | Non coperto | 350 % | 350 % | 350 % |
| 1.3 Indennità in caso di decesso | Non coperto | €/$ 5.000 | €/$ 5.000 | €/$ 5.000 |
| 1.4 Spese di ricerca, salvataggio e recupero | Non coperto | €/$ 2.500 | €/$ 2.500 | €/$ 2.500 |
| **Assicurazione di responsabilità civile in viaggio** | **Basic PREMIUM** | **Upgrade PREMIUM** | **Ultimate PREMIUM** | **Addon PREMIUM** |
| 1.1 Danni a persone e cose | Non coperto | €/$ 2.500.000 | €/$ 2.500.000 | €/$ 2.500.000 |
| 1.2 Danni agli oggetti in locazione (franchigia del 20% almeno € 50 per ogni sinistro) incl. danni alle apparecchiature mobili | Non coperto | €/$ 25.000 | €/$ 25.000 | €/$ 25.000 |
| 1.3 Danni alla comunione domestica della famiglia ospite (franchigia 20% minimo € 50 per ogni sinistro) | Non coperto | €/$ 25.000 | €/$ 25.000 | €/$ 25.000 |
| 1.4 Spese di rimpatrio (franchigia del 10%, almeno € 100) | Non coperto | €/$ 5.000 | €/$ 5.000 | €/$ 5.000 |
| 1.5 Perdita delle chiavi | Non coperto | €/$ 250 | €/$ 250 | €/$ 250 |
| 1.6 Attività professionali (franchigia del 10% almeno € 250 per sinistro) | Non coperto | €/$ 10.000 | €/$ 10.000 | €/$ 10.000 |

| Assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza | Basic PREMIUM | Upgrade PREMIUM | Ultimate PREMIUM | Addon PREMIUM |
|---|---|---|---|---|
| 1.1 Viaggio di ritorno a casa a causa di emergenza | Non coperto | Non coperto | €/$ 1.000 | €/$ 1.000 |
| 1.2 Visita al malato | Non coperto | Non coperto | 100 % | 100 % |
| **Assicurazione bagagli** | **Basic PREMIUM** | **Upgrade PREMIUM** | **Ultimate PREMIUM** | **Addon PREMIUM** |
| Somma assicurata | Non coperto | Non coperto | €/$ 2.000 | €/$ 2.000 |
| 4.1 Danni dovuti al superamento del termine di consegna (acquisti sostitutivi necessari) | Non coperto | Non coperto | €/$ 500 | €/$ 500 |
| 4.2 Oggetti di valore (ad es. gioielli) | Non coperto | Non coperto | 50% della somma assicurata | 50% della somma assicurata |
| 4.3 Occhiali, apparecchi acustici, telefoni cellulari | Non coperto | Non coperto | €/$ 250 per oggetto | €/$ 250 per oggetto |
| **Assicurazione emergenze** | **Basic PREMIUM** | **Upgrade PREMIUM** | **Ultimate PREMIUM** | **Addon PREMIUM** |
| 2.1 Spese di ricerca, salvataggio e recupero | Non coperto | Non coperto | Non coperto | €/$ 5.000 |
| 2.2 Costi aggiuntivi per un trasferimento | Non coperto | Non coperto | Non coperto | 100 % |
| 2.3 Visita al malato | Non coperto | Non coperto | Non coperto | 100 % |
| 2.4 Spese funerarie o di trasporto della salma | Non coperto | Non coperto | Non coperto | 100 % |
| 2.5 Perdita di mezzi di pagamento per il viaggio | Non coperto | Non coperto | Non coperto | €/$ 1.500 (prestito) |

Il contenuto delle Condizioni di assicurazione CareMed RKS e il certificato d'assicurazione sono determinanti per l'estensione della copertura assicurativa. Si prega di notare anche le restrizioni delle prestazioni.

*Non-emergent emergency room illness deductible shall mean the amount of covered expenses which is the insured's responsibility to pay, when services are rendered in an emergency room for an illness. This deductible shall be waived when: 1) The insured has been admitted to the hospital as an inpatient; or 2) the illness is life threatening. For the purpose of this definition, life threatening shall mean a strong possibility that the illness or situation will kill them.

## Informazioni importanti sul contratto di assicurazione

**Insurer:**
Underwritten by Crum & Forster SPC, a member of the Crum & Forster Group of Companies with an A.M. Best rated A.

**Participating Organization:** CareMed – Cultural Insurance Services International

**Policy Holder:** Fairmont Specialty Trust
ITA GlobalTrust,LTD
Suite 4210, 2nd Floor Canella Court,
48 Market St,
Camana Bay
PO Box 32203,
Grand Cayman KY1-1208,
Cayman Islands

The Policy is a legal contract between the Policyholder and Crum & Forster SPC for and on behalf of ITI SP (herein referenced as "the Company"). This Policy is issued by Crum & Forster SPC for and on behalf of ITI SP to the Fairmont Specialty Trust located in the Cayman Islands. This Policy is not subject to U.S. jurisdiction. The Company agrees to provide insurance, in exchange for the payment of the required premium. Coverage is subject to the terms and conditions described in the Policy. The Company and the Policyholder have agreed to all the terms and conditions of the Policy. The Policy and the coverage provided by it become effective at 12:01 A.M. at the address of the Policyholder on the Policy Effective Date shown above. It continues in effect in accordance with the provisions set forth in the Policy.
This is limited benefit short duration coverage.

**Period of validity**
Except for existing contracts, these insurance terms and conditions can be changed by us at any time. We are bound to our offer (quotation) for 30 days.
**Term and conditions of termination**
The contract shall apply to the period of time stated in the insurance policy
**Lingua del contratto:**
**La lingua impiegata per il rapporto contrattuale e la comunicazione con il contraente durante la durata del contratto è il tedesco sarà l'inglese.**

## Sezione II. Disposizioni generali

### 1 Contraente dell'assicurazione, persone assicurate e assicurabilità

1.1. Il contraente è la persona fisica o giuridica che ha stipulato il contratto di assicurazione con noi. Gli assicurati sono le persone indicate sul certificato d'assicurazione per le quali è stato pagato il premio. Le presenti Condizioni di assicurazione valgono per i contraenti e le persone assicurate.

1.2. Possono essere assicurate le persone che soggiornano temporaneamente all'estero.
- Ai fini delle presenti Condizioni di assicurazione, per "estero" si intendono i Paesi in cui la persona assicurata non ha la residenza al momento della proposta (Paese d'origine).
- Questo include anche i volontari che lavorano con gli animali selvatici sotto la supervisione professionale.

1.3. Non sono assicurabili le persone che esercitano un'attività sportiva dietro compenso, così come le persone che necessitano di assistenza permanente e le persone, la cui partecipazione alla vita in generale è definitivamente esclusa. Per la classificazione, occorre considerare in particolare lo stato mentale e le circostanze oggettive della vita della persona. Una persona bisognosa di cure è una persona che ha bisogno di aiuto per lo svolgimento della vita quotidiana, soprattutto da parte di altri.

1.4. Per le persone che non soddisfano i requisiti di assicurabilità secondo queste condizioni, il contratto di assicurazione non sarà attuato neanche con il pagamento del premio. Se il premio

viene tuttavia pagato per una persona non assicurabile, l'importo è a disposizione di chi l'ha versato.

## 2 Stipula e termine del Contratto di assicurazione

2.1. Stipula del Contratto di assicurazione
La proposta deve pervenirci
– per iscritto oppure
– online
debitamente compilata. Per poter esaminare correttamente la proposta d'assicurazione, è necessario che il richiedente risponda in modo veritiero e completo alle domande contenute nella proposta d'assicurazione. Devono essere indicate anche circostanze alle quali si attribuisce un'importanza minima. Si prega di notare che la copertura assicurativa è a rischio se si forniscono informazioni errate o incomplete. .

2.1.1. Per le altre assicurazioni è necessario presentare la proposta di stipula di un Contratto di assicurazione per l'intera durata del soggiorno all'estero.
Si prega di osservare i tempi di attesa per le polizze assicurative non richieste prima dell'inizio del viaggio ai sensi del punto 4.2.1

2.1.2. In caso di prolungamento del soggiorno, la copertura assicurativa non può essere prolungata. La nuova copertura assicurativa può essere stipulata solo tramite una nuova assicurazione. La proposta per la nuova copertura assicurativa deve essere presentata prima della scadenza dell'assicurazione originaria. La nuova copertura assicurativa diviene efficace solo con il nostro esplicito consenso.

2.1.3. Se viene pagato un premio per un'assicurazione non accettata, il mittente ha diritto di ottenere il rimborso di tale premio.

2.2. Inizio del Contratto di assicurazione
Il Contratto di assicurazione inizia
– dopo il pagamento tempestivo del premio e
– alla data concordata e
– quando inviamo un certificato d'assicurazione.

2.3. Durata del Contratto di assicurazione
L'assicurazione ha validità per la durata concordata.

2.4. Fine del Contratto di assicurazione
Il Contratto di assicurazione cessa alla scadenza concordata. Le disposizioni di legge relative al diritto di recesso straordinario rimangono invariate.

## 3 Premio

3.1. Pagamento del primo premio o del premio unico

3.1.1. Il primo premio o il premio unico è dovuto immediatamente dopo aver ricevuto il certificato d'assicurazione e la conferma del pagamento.

3.1.2. Qualora non si provveda al pagamento del primo premio o del premio unico, possiamo recedere dal contratto e siamo esentati dalla prestazione fin quando il premio non verrà pagato.

3.2. Pagamento dei premi successivi

3.2.1. I premi successivi sono dovuti alle date concordate.

3.2.2. Se il premio successivo non viene pagato o non viene pagato in tempo, possiamo disdire il contratto e non dobbiamo corrispondere le prestazioni.

3.3. Addebito del premio
Se si è concordato l'addebito del premio su conto corrente, tale addebito verrà eseguito immediatamente dopo il conferimento del mandato. Il pagamento viene considerato come avvenuto tempestivamente quando è possibile riscuotere il premio il giorno dell'addebito e qualora il contraente non contesti la riscossione. Se non si è potuta effettuare la riscossione del premio per motivi non riconducibili alla responsabilità del contraente, il pagamento viene comunque considerato come effettuato tempestivamente, se questo è stato eseguito immediatamente dopo il ricevimento di un sollecito da parte nostra.

## 4 Inizio, durata e cessazione della copertura assicurativa

4.1. Inizio della copertura assicurativa
La copertura assicurativa inizia nel momento indicato nel certificato d'assicurazione (inizio dell'assicurazione), non prima dell'entrata in vigore del Contratto di assicurazione e

4.1.1. dopo il pagamento puntuale del premio

4.1.2. nell'assicurazione sanitaria di viaggio, con il passaggio della frontiera dal Paese d'origine all'estero, tuttavia dopo eventuali termini di attesa

> Per gli eventi assicurati verificatisi prima dell'inizio della copertura assicurativa o prima della scadenza del termine di attesa non vengono erogate prestazioni.

4.2. Termini di attesa
Nell'assicurazione sanitaria di viaggio, la copertura assicurativa non inizia prima della fine dei seguenti termini di attesa. I termini di attesa iniziano con l'inizio della copertura assicurativa.

4.2.1. Termine di attesa in seguito a inizio del contratto posticipato
Se la proposta di copertura assicurativa viene presentata solo dopo aver lasciato il Paese, il termine di attesa è di 31 giorni. Dal termine di attesa detraiamo un'assicurazione precedente comparabile esistente, che sia dimostrabilmente in vigore da quando è stato lasciato il Paese, senza alcuna interruzione, fino all'inizio dell'assicurazione.

4.2.2. Periodo di attesa in caso di parto
Il termine di attesa in caso di parto è di 8 mesi

4.2.3. Periodo di attesa per protesi dentaria
Il termine di attesa per le protesi dentarie non dovute a un incidente è di 6 mesi

> In caso di malattia acuta e potenzialmente letale o di incidenti, il termine di attesa non è applicabile.

4.3. Fine della copertura assicurativa
La copertura assicurativa termina anche per gli eventi assicurati in corso

4.3.1. dopo la durata concordata, ma al più tardi alla fine del soggiorno assicurato

4.3.2. in caso di decesso della persona assicurata

4.3.3. se i requisiti per l'assicurabilità non sono più validi.

## 5 Area di validità della copertura assicurativa

5.1. La copertura assicurativa è valida per l'area di validità geografica pattuita contrattualmente per il viaggio assicurato.

5.2. Se il sinistro si verifica nel proprio Paese d'origine, non è prevista alcuna copertura assicurativa. Ai fini delle presenti disposizioni contrattuali, al momento della presentazione della proposta il Paese d'origine è il Paese in cui
– si ha la residenza permanente oppure
– si è soggetti all'assicurazione sociale obbligatoria.

## 6 Limitazioni generali della copertura assicurativa

6.1. La copertura assicurativa non viene concessa se il sinistro è stato causato da evento bellico, guerra civile, situazioni belliche, disordini interni, sciopero, energia nucleare, requisizione, confisca o altre cause di forza maggiore.

6.2. Siamo esonerati dall'obbligo alla prestazione se il sinistro era prevedibile per il contraente dell'assicurazione al momento della stipula dell'assicurazione.

6.3. Siamo esonerati dall'obbligo di prestazione nel caso in cui il contraente abbia provocato intenzionalmente il sinistro.

6.4. Non siamo tenuti all'erogazione della prestazione in caso di frode riguardo a circostanze che sono decisive ai fini del motivo o dell'importo della prestazione.

## 7 Obblighi generali e conseguenze delle violazioni degli obblighi

7.1. Obbligo di limitare il danno
Mantenere il danno al livello minimo possibile ed evitare tutto ciò che potrebbe portare a un aumento inutile dei costi.

7.2. Obbligo di informazione sull'esistenza di un danno
Tutte le informazioni relative al danno devono essere veritiere e complete. Le ulteriori ricevute e informazioni utili, da noi ri-

chieste al riguardo, dovranno essere fornite con la stessa modalità.

7.3. Obbligo di garanzia per richieste di risarcimento nei confronti di terzi

Qualora si abbia diritto a presentare una richiesta di risarcimento nei confronti di terzi, tale diritto verrà trasferito a noi nella misura in cui il danno venga da noi risarcito. Il diritto trasferito non può essere esercitato a proprio svantaggio. La richiesta di risarcimento o un diritto funzionale alla garanzia di tale richiesta dovranno essere sostenuti osservando le prescrizioni relative alla forma e al termine di presentazione degli stessi, collaborando per quanto necessario a farne riconoscere la legittimità. Ove la richiesta di risarcimento sia rivolta contro una persona con la quale, al momento del verificarsi del sinistro, il contraente viveva in comunione domestica, il diritto trasferito non può essere esercitato, a meno che questa persona non abbia provocato intenzionalmente il sinistro.

7.4. Altri obblighi

Nota: si prega di osservare anche le "Informazioni importanti in caso di sinistro" allegate ai documenti contrattuali e i rispettivi obblighi particolari per le singole polizze assicurative nella sezione III delle presenti Condizioni di assicurazione.

7.5. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi

Nel caso in cui sia stato violato uno degli obblighi di cui sopra in modo intenzionale, saremo esonerati dall'obbligo di prestazione. In caso di grave violazione colposa degli obblighi, siamo autorizzati a ridurre la prestazione in misura corrispondente alla gravità della colpa. Nel caso in cui sia possibile provare che l'obbligo non sia stato violato per colpa grave, la copertura assicurativa rimane valida.

### 8 A cosa si deve prestare attenzione nel pagamento dell'indennizzo?

Le nostre somme assicurate e gli importi d'indennizzo riportati alla sezione I. sono in in dollari USA o in euro a seconda della destinazione del viaggio. I limiti delle prestazioni negli Stati Uniti sono espressi in dollari USA, mentre in qualsiasi altro paese sono espressi in euro.

8.1. Scadenza del pagamento

Non appena sia disponibile il certificato d'assicurazione e la prova di avvenuto pagamento del premio e non appena sia stato da noi accertato il nostro obbligo di pagamento e l'importo dell'indennizzo, eseguiremo il pagamento dello stesso entro 2 settimane.

Ove sia stato accertato l'obbligo di pagamento, ma non sia stato ancora stabilito l'importo dell'indennizzo entro un mese dal ricevimento della denuncia del sinistro, sarà possibile richiedere un anticipo adeguato sul risarcimento.

Nel caso in cui, in relazione al sinistro, siano stati avviati accertamenti burocratici o un procedimento penale contro il contraente, abbiamo la facoltà di rimandare la liquidazione del danno alla conclusione definitiva di tali procedimenti.

8.2. Costi in valuta estera

Convertiamo i costi sostenuti al tasso di cambio dell'euro del giorno in cui riceviamo le ricevute. S'intende valido il tasso di cambio ufficiale, a meno che sia stata acquistata la valuta per i pagamenti a un cambio più sfavorevole.

Abbiamo la facoltà di detrarre dalle prestazioni i costi supplementari generati dal fatto che effettuiamo bonifici all'estero o scegliamo particolari forme di pagamento richieste dal contraente.

8.3. Indennizzo derivante da altri contratti di assicurazione

Qualora per un sinistro si possa rivendicare un risarcimento sulla base di un altro contratto di assicurazione, l'altro contratto ha la precedenza sul presente contratto. Se si comunica il sinistro prima a noi, risarciremo le spese assicurate nella presente tariffa. Chiariremo successivamente con gli altri assicuratori se e come essi contribuiranno alle spese. Non condividiamo i costi con un'assicurazione sanitaria privata se ciò comporta degli svantaggi per il contraente, ad esempio la perdita del rimborso dei premi.

### 9 Compensazione

La compensazione con i nostri crediti è possibile solo se la contropretesa è incontestata o è stata stabilita legalmente.

### 10 A cosa si deve prestare attenzione nelle comunicazioni?

Tutte le denunce e le dichiarazioni a noi destinate devono essere indirizzate in forma scritta (lettera, fax, e-mail, supporto dati elettronico, ecc.) all'amministrazione generale o all'indirizzo indicato nel certificato di assicurazione. La lingua del contratto è l'inglese.

### 11 Quando cadono in prescrizione le pretese derivanti dal contratto? Per chi valgono le disposizioni?

**Avviso sulla protezione dei dati:** memorizziamo i dati personali del contraente ai fini dell'esecuzione del contratto. Ulteriori informazioni sulla protezione dei dati e sui diritti in materia di protezione dei dati possono essere consultati sul sito web: https://www.culturalinsurance.com/cisi_privacy.asp oppure richiesti direttamente a noi.

11.1. I diritti posti in essere dal presente contratto di assicurazione cadono in prescrizione dopo 3 anni. La prescrizione inizia a decorrere dalla fine dell'anno in cui si può richiedere la prestazione. Qualora ci venga comunicata una richiesta di far valere un diritto, la prescrizione sarà interrotta fino al momento in cui non si riceverà la comunicazione scritta della nostra decisione.

11.2. Tutte le disposizioni adottate si applicano mutatis mutandis alle persone assicurate.

## Sezione III "Descrizione delle prestazioni"

Le seguenti assicurazioni sono valide solo se coassicurate nella tariffa sottoscritta. Le prestazioni che sono coperte da più assicurazioni in queste Condizioni di assicurazione possono essere rivendicate da una sola assicurazione in caso di sinistro.

# Assicurazione sanitaria di viaggio

### 1 Disposizioni generali sulla copertura assicurativa

1.1. Che cosa è un sinistro?

Un sinistro è il trattamento medico necessario in seguito a una malattia o alle conseguenze di un infortunio. Il sinistro inizia con il trattamento sanitario e termina quando non vi è più necessità di trattamento sulla base di un parere medico. Sono considerati sinistri anche

- gravidanza e parto, a condizione che la gravidanza sia avvenuta dopo l'inizio della copertura assicurativa;
- trattamenti necessari dal punto di vista medico a causa di disturbi in gravidanza;
- parto prematuro fino alla 36ª settimana di gravidanza;
- aborto spontaneo;
- aborti necessari dal punto di vista medico;
- decesso.

> Al punto 2 è descritto quali prestazioni eroghiamo esattamente in caso di sinistro. Si invita a leggere attentamente anche il punto 3, dove sono disciplinate le prestazioni che non vengono erogate, anche se il sinistro si è verificato.

1.2. Quali medici e ospedali è possibile scegliere?

È possibile scegliere liberamente tra le seguenti cure mediche legalmente riconosciute e approvate:

- medici,
- dentisti,
- naturopati,
- chiroterapisti,
- osteopati e
- ospedali.

Presupposto fondamentale è che questi

- fatturino secondo le tariffe ufficiali (laddove disponibili) o

– secondo le usuali tariffe locali.

L'ospedale nel Paese estero deve
– essere riconosciuto e abilitato
– essere diretto da personale medico permanente
– disporre di adeguate strutture diagnostiche e terapeutiche
– gestire un registro di cartelle cliniche.

1.3. Quali sono i metodi coperti quando si ha bisogno di essere visitati e curati?

Eroghiamo prestazioni per
– visite mediche,
– trattamenti,
– farmaci,

riconosciuti dalla medicina classica. Eroghiamo prestazioni anche per altri metodi e farmaci,
– che si sono affermati nella pratica o
– che sono solo disponibili al posto della medicina convenzionale.

Tra questi metodi vi sono ad es.
– il trattamento omeopatico oppure
– la medicina antroposofica oppure
– la fitoterapia.

In questi casi, possiamo ridurre le prestazioni all'importo che sarebbe dovuto se la medicina convenzionale fosse disponibile.

## 2 Prestazioni assicurate

In caso di sinistro, vengono erogate le seguenti prestazioni, a condizione che siano assicurate secondo la tariffa scelta e che il sinistro si sia verificato dopo l'inizio della copertura assicurativa e dopo la scadenza dei termini di attesa. Una panoramica al riguardo con l'importo delle nostre prestazioni è disponibile nella sezione I delle presenti Condizioni di assicurazione. Se non vengono specificati limiti massimi, rimborseremo per i trattamenti i costi usuali vigenti in loco.

Nella misura in cui sono previste prestazioni tariffarie per i mezzi ausiliari, sono considerati tali le seguenti voci: bende, cinti erniari, tendicollo, stampelle e calze a compressione, apparecchi acustici, stecche correttive, arti artificiali/protesi, materassini e sedute, carrozzelle, dispositivi di monitoraggio respiratorio, pompe infusionali, dispositivi per inalazione, apparecchiature per l'ossigeno, monitor per neonati, apparecchi ortopedici di sostegno per busto, braccia e gambe e ausili per il linguaggio.

2.1. Quali prestazioni eroghiamo in caso di trattamento ambulatoriale?

Rimborsiamo i costi per

2.1.1. il trattamento medico,

2.1.2. trattamenti psicoanalitici o psicoterapeutici,

2.1.3. misure di riabilitazione necessarie sotto il profilo medico.

2.2. Quali prestazioni eroghiamo in caso di trattamento con ricovero in ospedale?

Rimborsiamo i costi per

2.2.1. il trasporto
– presso l'ospedale più vicino e
– e per il ritorno in alloggio.

In caso di mancato ricovero, rimborseremo anche le spese di trasporto al pronto soccorso dell'ospedale.

2.2.2. cure mediche, inclusi vitto, alloggio e assistenza ospedaliera

2.2.3. misure di riabilitazione necessarie sotto il profilo medico

2.2.4. un indennità giornaliera di degenza ospedaliera a partire dal 6° giorno di un ricovero ospedaliero per un massimo di 90 giorni (solo per gli au pair)

2.3. Quali prestazioni eroghiamo in caso di trattamento odontoiatrico?

Rimborsiamo i costi per

2.3.1. interventi di odontoiatria conservativa antidolorifica, incluse otturazioni,

2.3.2. misure per ripristinare la funzione delle protesi dentarie esistenti (riparazioni),

2.3.3. protesi dentarie conseguenti a un incidente

2.3.4. protesi dentarie dopo un termine di aspettativa di 6 mesi

2.4. Quali prestazioni eroghiamo per medicinali, materiale da medicazione, presidi o ausili sanitari?

Se prescritto da uno dei professionisti elencati al punto 1.2 e in caso di necessità sotto il profilo medico, eroghiamo prestazioni per

2.4.1. farmaci e materiale da medicazione. I farmaci vanno acquistati in farmacia. Non valgono come medicinali, anche ove siano prescritti da un medico:
– integratori alimentari, ricostituenti e
– preparazioni cosmetiche.

2.4.2. Sono considerati presidi sanitari
– radioterapia, fototerapia e altri trattamenti fisici
– massaggi, impacchi e inalazioni

2.4.3. presidi medici semplici che si rendano necessari per la prima volta esclusivamente a conseguenza di un incidente e servano al trattamento diretto delle sue conseguenze.

2.5. Quali prestazioni eroghiamo in caso di gravidanza?

2.5.1. Rimborsiamo i costi per
– un trattamento in gravidanza,
– in caso di aborto spontaneo,
– un aborto necessario dal punto di vista medico,
– per un parto prima della 37ª settimana di gravidanza,

che sono necessari dal punto di vista medico a causa di disturbi acuti o complicazioni della gravidanza e la cui necessità di trattamento non era ancora stata determinata all'inizio del contratto di assicurazione.

2.5.2. Se la gravidanza non esisteva all'inizio del contratto di assicurazione, rimborseremo
– i costi per gli esami prenatali,
– i parti dopo la scadenza del periodo d'attesa.

Il rimborso delle relative spese di visita e di trattamento da parte delle ostetriche è possibile solo se le spese non vengono fatturate contemporaneamente da un medico.

2.6. Quali prestazioni eroghiamo in caso di trasferimento?

Rimborsiamo i costi aggiuntivi per un trasferimento dall'estero al Paese d'origine, a condizione che questo sia prescritto da un medico, ragionevole e giustificabile dal punto di vista medico.

2.7. Quali prestazioni eroghiamo in caso di decesso dell'assicurato?

Rimborsiamo le spese supplementari necessarie determinate in caso di decesso di una persona assicurata dal trasferimento della salma nel Paese d'origine o copriamo le spese di un funerale nel Paese di soggiorno.

2.8. Responsabilità ulteriore

Se una malattia richiede un trattamento curativo oltre la fine della copertura assicurativa perché il viaggio di ritorno non è possibile a causa di una dimostrata inidoneità della persona a essere trasportata, il nostro obbligo di indennizzo nell'ambito di questa tariffa continua a sussistere fino al ripristino dell'idoneità al trasporto, ma per un periodo massimo di 3 mesi.

## 3 Quali prestazioni non forniamo o forniamo in maniera limitata?

3.1. In quali casi possiamo ridurre le prestazioni a un importo adeguato?

Possiamo ridurre le prestazioni a un importo adeguato se
– il trattamento supera la misura necessaria dal punto di vista medico oppure
– i costi del trattamento sanitario superano la misura usuale nel luogo.

Se non si fa uso di medicina convenzionale, possiamo ridurre le prestazioni all'importo che risulterebbe dall'impiego di metodi o farmaci della medicina classica, se fossero stati disponibili. (Per maggiori dettagli, cfr. punto 1.3.)

3.2. In quali casi non eroghiamo prestazioni?

Nei seguenti casi non eroghiamo prestazioni anche se il sinistro si è verificato:

3.2.1. per trattamenti
- effettuati in quanto unica ragione o
- una delle ragioni

dell'inizio del viaggio.

3.2.2. per trattamenti
- la cui necessità è stata stabilita all'inizio del viaggio, e
- che sono dovuti a una malattia già diagnosticata all'inizio del viaggio.

Eccezione:
Il viaggio è dovuto alla morte del coniuge o di un parente di primo grado.

3.2.3. per malattie e disturbi esistenti al momento della stipulazione del contratto o della registrazione come persona assicurata in un contratto collettivo e noti alla persona assicurata e le loro conseguenze prevedibili, nonché le conseguenze prevedibili per la persona assicurata di malattie e infortuni che sono stati trattati negli ultimi sei mesi prima della stipulazione del contratto.
Ciò non si applica a trattamenti per l'eliminazione delle condizioni di pericolo di vita che si sono verificate in modo grave durante il viaggio all'estero. Sono considerate pericolose per la vita le condizioni di salute che, secondo l'esperienza generale della vita (ad es. infarto cardiaco) o sulla base di una diagnosi di un terzo medico che non cura direttamente la malattia (ad es. medico di fiducia dell'assicuratore competente), possono portare alla morte della persona malata in connessione temporale diretta;

3.2.4. per la cura della tubercolosi, del diabete, dei tumori e per la dialisi, a condizione che la malattia o la necessità di trattamento esistessero già all'inizio dell'assicurazione;

3.2.5. per le cure e gli esami dovuti alla gravidanza, se questa esisteva già all'inizio dell'assicurazione, a meno che la tariffa assicurata non preveda diversamente;

3.2.6. per le malattie, comprese le loro conseguenze, nonché le conseguenze di incidenti causati da una guerra prevedibile o dalla partecipazione attiva alla violenza durante i disordini. La guerra o i disordini civili sono considerati prevedibili se gli Stati Uniti emettono un avviso di viaggio per il rispettivo Paese prima dell'inizio del viaggio.

3.2.7. per le cure termali, i trattamenti in casa di cura e la riabilitazione.

Eccezione:
I seguenti trattamenti vengono effettuati a seguito di un trattamento ospedaliero in seguito a
- ictus grave,
- infarto grave o
- una grave malattia dello scheletro (intervento a un disco intervertebrale, endoprotesi dell'anca)

e servono ad abbreviare il ricovero nella struttura di cura per malattie acute. In questi casi si è coperti se
- veniamo informati del soggiorno previsto prima del trattamento e
- abbiamo promesso le prestazioni per iscritto.

3.2.8. per programmi di disintossicazione, incluse cure disintossicanti.

3.2.9. per trattamenti terapeutici ambulatoriali in una struttura o località termale.

Eccezione:
- Il trattamento è necessario a causa di un incidente che si è verificato in quel luogo.
- Si è soggiornato nelle terme o nei centri di cura solo temporaneamente e non a scopo di cura e ci si è poi ammalati.

3.2.10. per trattamenti da parte di
- coniugi,
- genitori,
- figli,
- persone con le quali il contraente convive nell'ambito della propria famiglia o della famiglia ospite.

In questi casi pagheremo anche i costi materiali comprovati.

3.2.11. per trattamenti o sistemazioni in seguito a
- malattia cronica,
- bisogno di cure o
- ricovero.

3.2.12. per terapie di immunizzazione o check-up.

Eccezione:
Si tratta dei controlli di gravidanza elencati al punto 2.5.2.

3.2.13. per il trattamento di disturbi e danni agli organi riproduttivi, compresa la sterilità, l'inseminazione artificiale e i relativi trattamenti di screening e follow-up.

3.2.14. per
- denti a perno,
- otturazioni,
- incapsulamenti,
- trattamenti ortodontici,
- prestazioni di profilassi,
- bite per bruxismo e stecche,
- prestazioni di analisi e terapie funzionali e
- prestazioni di implantologia ortodontica.

3.2.15. per la donazione di organi e le conseguenze.

3.2.16. In presenza di un diritto a prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni o della previdenza sociale, all'assistenza sanitaria obbligatoria o della previdenza infortuni, possiamo detrarre le prestazioni di legge dalle prestazioni assicurative.

## 4 Cosa occorre osservare in caso di sinistro (obblighi)?

4.1. Contatto tempestivo
Si invita a contattare immediatamente il nostro servizio di emergenza
- in caso di ricovero in ospedale.
- prima di avviare ampie misure diagnostiche e terapeutiche.
- in caso di trasferimento necessario per ragioni mediche.

In tutti gli altri casi è possibile anche contattarci dopo il ritorno a casa.

4.2. Obbligo di informazione
La denuncia di sinistro dovrà essere debitamente compilata e rispedita. Se lo riteniamo necessario, si è obbligati a farsi visitare da uno dei nostri medici. Richiediamo la seguente prova, che diventa di nostra proprietà:

4.2.1. giustificativi originali
- con il nome della persona trattata,
- che indichino la malattia e
- con le prestazioni fornite dal curante per
- tipo,
- luogo e
- periodo di trattamento.

Se esiste un'altra copertura assicurativa per i costi delle cure mediche e questa viene rivendicata per prima cosa, come prova è sufficiente la copia delle fatture, sulle quali occorre indicare quali voci vengono rimborsate.

4.2.2. Prescrizioni insieme alla fattura del trattamento e le fatture per i presidi sanitari o gli ausili insieme alla prescrizione.

4.2.3. Un certificato ufficiale di morte e un certificato medico attestante la causa del decesso, se deve essere pagato un trasferimento della salma o una sepoltura.

4.2.4. Altre prove e giustificativi da noi richieste e di cui abbiamo bisogno per verificare il nostro obbligo di indennizzo. Questo vale solo se l'acquisto è ragionevole per il contraente procurare quanto richiesto.

4.3. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi
Le conseguenze giuridiche in caso di violazione di uno di questi obblighi sono riportate al punto 7.5 della Parte generale.

# Assicurazione contro gli infortuni in viaggio

**1 Quali prestazioni sono incluse nell'assicurazione contro gli infortuni in viaggio? Quali scadenze e altri requisiti si applicano ai singoli tipi di prestazioni?**

1.1. Prestazione per invalidità
Un'invalidità si considera sussistente se, a seguito di un incidente
– le abilità fisiche o
– mentali
sono compromesse in modo duraturo. Una compromissione si considera duratura quando permarrà prevedibilmente per più di 3 anni e non ci si aspetta un cambiamento di tale condizione. In caso di invalidità in seguito a infortunio, la prestazione d'invalidità viene corrisposta fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta.

1.1.1. L'invalidità deve essere avvenuta entro 15 mesi dall'infortunio e deve essere confermata per iscritto da un medico.

1.1.2. Le richieste d'invalidità devono essere notificate entro 6 mesi dalla constatazione della stessa. In caso di mancato rispetto di questo termine, la richiesta di prestazioni d'invalidità è esclusa.

1.1.3. In caso di decesso a seguito dell'incidente entro un anno dallo stesso, non si ha diritto ad alcuna prestazione di invalidità. In questo caso, pagheremo una prestazione in caso di decesso (punto 1.3), laddove concordato.

1.1.4. La prestazione d'invalidità viene corrisposta come pagamento una tantum. La base per il calcolo della prestazione è costituita dalla somma assicurata convenuta e dal grado d'invalidità causato dall'infortunio.

1.1.5. Il grado di invalidità è determinato dalla seguente scala di invalidità, se le parti del corpo o gli organi sensoriali interessati vi sono elencati, altrimenti dalla misura in cui le normali abilità fisiche o mentali sono permanentemente compromesse (punto 1.1.6). Decisivo è lo stato di salute in seguito all'incidente, che è identificabile al più tardi entro la fine del terzo anno dall'incidente.
In caso di perdita o di completa incapacità funzionale delle seguenti parti del corpo o degli organi sensoriali, valgono solo i gradi di invalidità qui elencati.
Scala di invalidità:

| | |
|---|---|
| a un braccio nell'articolazione della spalla | 70% |
| a un braccio fino a sopra l'articolazione del gomito | 65% |
| a un braccio fino a sotto l'articolazione del gomito | 60% |
| a una mano nell'articolazione della mano | 55% |
| a un pollice | 20% |
| a un indice | 10% |
| a un altro dito | 5% |
| a una gamba fino a oltre metà coscia | 70% |
| a una gamba fino a metà coscia | 60% |
| a una gamba fino a sotto il ginocchio | 50% |
| a una gamba fino a metà coscia | 45% |
| a un piede nell'articolazione del piede | 40% |
| a un alluce | 5% |
| a un altro dito del piede | 2% |
| a un occhio | 50% |
| dell'udito a un orecchio | 30% |
| dell'olfatto | 10% |
| del gusto | 5% |

In caso di perdita parziale o parziale compromissione funzionale, si applica la parte corrispondente dei gradi d'invalidità indicati.

1.1.6. Per le altre parti del corpo o gli organi sensoriali, il grado di invalidità dipende dalla misura in cui le normali abilità fisiche o mentali sono nel complesso durevolmente compromesse. Il punto di riferimento è una persona media della stessa età e dello stesso sesso. La valutazione si basa esclusivamente su aspetti medici.

1.1.7. Esiste una preinvalidità se le parti del corpo o gli organi sensoriali interessati erano già compromessi in modo durevole prima dell'incidente. Essa è calcolata conformemente al punto 1.1.5 e al punto 1.1.6. Il grado di invalidità è ridotto da questa preinvalidità.

1.1.8. Grado di invalidità in caso di compromissione di diverse parti del corpo o organi sensoriali
Diverse parti del corpo o organi sensoriali possono essere interessati da un incidente. I gradi d'invalidità determinati secondo le disposizioni di cui sopra vengono poi sommati. In ogni caso non si considereranno gradi di invalidità superiori al 100%.

1.1.9. Se il decesso avviene prima della valutazione dell'invalidità, pagheremo le prestazioni d'invalidità se il decesso non avviene entro il primo anno dall'infortunio a causa dello stesso (cifra 1.1.3) e se sono soddisfatte le altre condizioni per le prestazioni d'invalidità ai sensi del punto 1.1.
Paghiamo in base al grado di invalidità che ci si sarebbe aspettato sulla base dei referti medici.

1.1.10. Dopo aver valutato il grado di invalidità, possono verificarsi cambiamenti nello stato di salute. Il contraente e noi abbiamo il diritto di far rivalutare annualmente il grado di invalidità da un medico. Si ha diritto a questa rivalutazione per un massimo di 3 anni dall'incidente. Se richiediamo una nuova valutazione, informeremo il contraente di questo insieme alla dichiarazione del relativo obbligo di indennizzo. Se si desidera avere una nuova valutazione, è necessario comunicarcelo entro 3 anni dall'incidente.
Se dalla valutazione finale risulta una prestazione d'invalidità più elevata di quella già versata, sull'importo aggiuntivo viene corrisposto un interesse del 4% annuo.

1.2. Assicurazione infortuni con scala d'invalidità progressiva (progressione del 350%)
Se è stata stipulata con noi un'assicurazione contro gli infortuni con scala d'invalidità progressiva, integreremo il grado d'invalidità determinato secondo il punto 1.1 come segue:

1.2.1. Per ogni punto percentuale che supera il grado d'invalidità dovuto all'infortunio del 25%, paghiamo un ulteriore 2% della somma assicurata.

1.2.2. Per ogni punto percentuale che supera il grado d'invalidità dovuto all'infortunio del 50%, paghiamo un ulteriore 2% della somma assicurata.
La prestazione supplementare è limitata ad un massimo di 150.000 EUR per ogni persona assicurata. Se la persona assicurata dispone di altre assicurazioni contro gli infortuni presso l'assicuratore, l'importo massimo vale per tutti contratti di assicurazione insieme.
L'effetto di questo supplemento sull'importo della prestazione d'invalidità è il seguente:

| GII* | PSA* | GII* | PSA* | GII* | PSA* | GII* | PSA* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | 26 | 28 | 51 | 105 | 76 | 230 |
| 2 | 2 | 27 | 31 | 52 | 110 | 77 | 235 |
| 3 | 3 | 28 | 34 | 53 | 115 | 78 | 240 |
| 4 | 4 | 29 | 37 | 54 | 120 | 79 | 245 |
| 5 | 5 | 30 | 40 | 55 | 125 | 80 | 250 |
| 6 | 6 | 31 | 43 | 56 | 130 | 81 | 255 |
| 7 | 7 | 32 | 46 | 57 | 135 | 82 | 260 |
| 8 | 8 | 33 | 49 | 58 | 140 | 83 | 265 |
| 9 | 9 | 34 | 52 | 59 | 145 | 84 | 270 |
| 10 | 10 | 35 | 55 | 60 | 150 | 85 | 275 |
| 11 | 11 | 36 | 58 | 61 | 155 | 86 | 280 |
| 12 | 12 | 37 | 61 | 62 | 160 | 87 | 285 |
| 13 | 13 | 38 | 64 | 63 | 165 | 88 | 290 |
| 14 | 14 | 39 | 67 | 64 | 170 | 89 | 295 |
| 15 | 15 | 40 | 70 | 65 | 175 | 90 | 300 |
| 16 | 16 | 41 | 73 | 66 | 180 | 91 | 305 |
| 17 | 17 | 42 | 76 | 67 | 185 | 92 | 310 |
| 18 | 18 | 43 | 79 | 68 | 190 | 93 | 315 |
| 19 | 19 | 44 | 82 | 69 | 195 | 94 | 320 |
| 20 | 20 | 45 | 85 | 70 | 200 | 95 | 325 |
| 21 | 21 | 46 | 88 | 71 | 205 | 96 | 330 |
| 22 | 22 | 47 | 91 | 72 | 210 | 97 | 335 |
| 23 | 23 | 48 | 94 | 73 | 215 | 98 | 340 |
| 24 | 24 | 49 | 97 | 74 | 220 | 99 | 345 |
| 25 | 25 | 50 | 100 | 75 | 225 | 100 | 350 |

* GII = grado d'invalidità in seguito a infortunio in %
* PSA = prestazione dalla somma assicurata in %

1.3. Indennità in caso di decesso
Se il decesso avviene entro 1 anno dall'infortunio, la prestazione in caso di decesso viene corrisposta nella misura della somma di assicurazione convenuta:

1.4. Costi delle operazioni di ricerca, salvataggio o recupero
Nel caso in cui un incidente abbia comportato dei costi per
– operazioni di ricerca, salvataggio o recupero da parte di servizi di soccorso organizzati in base al diritto pubblico o privato,
– il trasporto dell'infortunato ordinato dal medico all'ospedale o alla clinica specializzata,
– il trasporto della salma all'ultimo luogo di residenza,
rimborsiamo i costi dimostrati per un importo complessivo pari al massimo alla somma assicurata convenuta qualora questi
– non siano coperti da terzi oppure
– da noi tramite altre assicurazioni
.
La copertura assicurativa copre anche nel caso in cui ci fosse un'immediata minaccia di sinistro o quest'ultimo potesse essere ipotizzato dalle circostanze specifiche.

## 2 Quando si è in presenza di un evento assicurato (sinistro)?

2.1. Definizione di sinistro
Si è in presenza di un sinistro quando il contraente subisce involontariamente un danno alla salute determinato da un evento esterno che ha effetti sul suo corpo (incidente).

2.2. Definizione estesa di sinistro
Si ritiene che si sia verificato un sinistro anche se, a causa di un maggiore sforzo, un'articolazione sugli arti o sulla colonna vertebrale è lussata o i muscoli, i tendini, i legamenti, le capsule sugli arti o la colonna vertebrale sono stirati o strappati.
I menischi e i dischi non sono né muscoli, né tendini, né legamenti, né capsule. Essi non sono pertanto coperti dal presente regolamento.
Un maggiore sforzo è un movimento in cui l'uso dei muscoli va oltre le normali attività della vita quotidiana. Le condizioni fisiche individuali sono decisive per la valutazione dell'uso dei muscoli.

## 3 Quali sono le limitazioni della copertura assicurativa da tenere presente?

3.1. Sinistri esclusi
La copertura assicurativa non copre i seguenti sinistri:

3.1.1. incidenti dovuti a disturbi della coscienza nonché causati da ictus, attacchi epilettici o altre convulsioni che interessano l'intero corpo. Un disturbo della coscienza è presente se la propria capacità di assimilare e reagire è talmente compromessa che non si è più in grado di far fronte alle esigenze della situazione di pericolo concreta. Le cause del disturbo della coscienza possono essere:
– un danno alla salute,
– l'assunzione di farmaci,
– il consumo di alcol,
– consumo di droghe o altre sostanze che influenzano la coscienza.
<u>Eccezione:</u>
Il disturbo della coscienza o l'attacco sono stati causati da un incidente secondo il punto 2.1 per il quale esiste una copertura assicurativa ai sensi del presente contratto. In questi casi l'esclusione non si applica.

3.1.2. incidenti subiti dal contraente per aver commesso o causato intenzionalmente un reato.

3.1.3. sinistri
– in veste di pilota di un aereo o di un'attrezzatura sportiva di volo, a condizione che sia richiesto un permesso ai sensi della legge statunitense.
– in qualità di altro membro dell'equipaggio di un aereo.
– in caso di attività professionali da svolgere con un aeromobile.

3.1.4. infortuni dovuti alla partecipazione a corse con veicoli a motore come
conducenti, copiloti o passeggeri. Le gare sono corse o relative corse di prova in cui il raggiungimento delle velocità massime è importante.

3.1.5. danni alla salute dovuti alle radiazioni.

3.1.6. infezioni.
<u>Eccezione:</u>
Si contrae un'infezione
– di rabbia o tetano.
– attraverso altri agenti patogeni che sono entrati nel corpo non solo per piccole ferite accidentali. Le ferite accidentali di lieve entità sono quelle che non richiedono cure mediche senza l'infezione e le sue conseguenze.
– in seguito a misure terapeutiche o interventi per i quali esiste una copertura assicurativa in via eccezionale (punto 3.1.11).
In questi casi l'esclusione non si applica.

3.1.7. avvelenamento dovuto all'ingestione di sostanze solide o liquide attraverso la gola (ingresso dell'esofago).

3.1.8. ernia addominale o inguinale.
<u>Eccezione:</u>
Sono state causate da un violento impatto esterno e l'impatto è coperto da assicurazione ai sensi del presente contratto. In questo caso l'esclusione non si applica.

3.1.9. danni ai dischi intervertebrali, nonché emorragie da organi interni ed emorragie cerebrali, a condizione che nessun incidente di cui al punto 2 abbia causato questi danni alla salute in modo preponderante (cioè: oltre il 50%).

3.1.10. disturbi patologici come risultato di reazioni psichiche, anche se questi sono stati causati da un incidente.

3.1.11. danni alla salute causati da misure terapeutiche o interventi sul corpo della persona assicurata, a condizione che nessun incidente di cui al punto 2 abbia causato questi danni alla salute in modo preponderante (cioè: oltre il 50%). Anche i trattamenti radiodiagnostici e radioterapeutici sono considerati misure terapeutiche o interventi.

3.2. Concorso di più cause
Se al danno alla salute provocato da un sinistro o alle conseguenze di tale danno hanno concorso malattie o malanni, la prestazione verrà ridotta in proporzione corrispondente alla quota della malattia o del malanno, ove tale quota corrisponda almeno al 25%.
Se al danno alla salute provocato da un incidente o alle conseguenze di tale danno hanno contribuito malattie o malanni, decadrà ogni diritto alla prestazione qualora tale quota corrisponda a più del 50% o se tale evento è esplicitamente escluso ai sensi del punto 3.1.

## 4 A cosa si deve prestare attenzione dopo un sinistro (obblighi)?

Le scadenze e altri requisiti per i singoli tipi di prestazione sono disciplinati al punto 1. Dopo un sinistro è necessario osservare le seguenti regole di comportamento (obblighi).

4.1. Dopo un sinistro che può comportare una prestazione, è necessario consultare immediatamente un medico, seguire le sue istruzioni e informarci.

4.2. Incaricheremo i medici se ciò è necessario per l'esame del nostro obbligo di indennizzo. L'assicurato deve consentire a questi medici di visitarlo. Ci facciamo carico dei costi necessari e del mancato guadagno derivante dall'esame.

4.3. Per verificare l'obbligo di indennizzo, potremmo aver bisogno di informazioni da parte dei medici che hanno curato o visitato il contraente prima o dopo il sinistro, nonché da parte di altri assicuratori, enti assicuratori e autorità.

Il contraente deve consentirci di ottenere le informazioni necessarie. A tal fine, deve autorizzare i medici e gli organi suddetti a fornirci direttamente le informazioni. In alternativa, può reperire autonomamente le informazioni e metterle a nostra disposizione.
Le spese mediche sostenute per comprovare il proprio diritto alle prestazioni in caso d'invalidità sono a nostro carico fino all'1% della somma assicurata. I costi per operazioni cosmetiche nonché per operazioni di ricerca, salvataggio e recupero, sono coperti fino all'1% della rispettiva somma assicurata.
Non copriamo altri costi.

4.4. Se l'incidente porta alla morte, è necessario comunicarcelo entro 48 ore. Nella misura in cui è necessario esaminare l'obbligo di indennizzo, abbiamo il diritto di far eseguire un'autopsia da un medico da noi incaricato.

4.5. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi
Le conseguenze giuridiche in caso di violazione di uno di questi obblighi sono riportate al punto 7.5 della Parte generale.

# Assicurazione di responsabilità civile in viaggio

## 1 Quali sono le prestazioni incluse nell'assicurazione di responsabilità civile in viaggio?

1.1. Esame dei diritti rivendicati contro di voi
Si è coperti per le conseguenze assicurate dei rischi di responsabilità civile durante il viaggio.
Controlliamo innanzitutto se si è verificato un sinistro e se il contraente è obbligato a pagare un indennizzo secondo le disposizioni di legge.

1.1.1. Se l'esame dimostra che le rivendicazioni contro il contraente sono infondate, le respingeremo. Ciò include le controversie con i ricorrenti e gli avvocati, nonché eventuali chiarimenti legali.

1.1.2. Se viene stabilito l'obbligo di risarcimento e si verifica un sinistro, pagheremo le richieste fondate fino alla somma assicurata concordata (massimale). Una richiesta fondata sussiste in seguito a
- un riconoscimento espresso o autorizzato da noi,
- un accordo di composizione da noi siglato o autorizzato o
- una decisione giudiziale.

1.1.3. In caso di controversie legali riguardanti un sinistro, ce ne occuperemo per conto del contraente e ne sosterremo i costi. I costi non vengono aggiunti alla somma assicurata (massimale). Se le richieste di risarcimento fondate superano la somma assicurata, le spese sono a nostro carico solo in proporzione alla somma assicurata (massimale) rispetto all'importo totale delle richieste. In tali casi, avremo la facoltà di svincolarci dall'obbligo di erogare ulteriori prestazioni pagando la somma assicurata (massimale) e la nostra quota dei costi risultanti fino a quel momento, calcolata in base alla somma assicurata (massimale).

1.1.4. Se è stata versata una rendita dovuta a causa di un sinistro
- per prestare una garanzia per forza di legge oppure
- è consentito al contraente di evitare l'esecuzione di una decisione giudiziale prestando una garanzia o costituendo un deposito,

ci impegneremo a prestare detta garanzia o a costituire il deposito al posto suo.

1.2. Ampliamento per includere i danni materiali del locatario
L'esclusione ai sensi del punto 3.1.3 non è valida per danni materiali del locatario.
I danni materiali del locatario si verificano se si causano danni agli alloggi in affitto. La copertura assicurativa vale anche per le camere che possono essere utilizzate in relazione all'alloggio (ad es. sale da pranzo o bagni in comune). I danni agli apparecchi mobili sono assicurati solo se ciò è stato espressamente concordato nella sezione I.
Danni a
- impianti di riscaldamento, macchinari, caldaie e sistemi di riscaldamento dell'acqua
- apparecchi elettrici e a gas

nonché danni dovuti a logorio, usura e sollecitazione eccessiva non sono assicurati.

1.3. Danni nell'ambito domestico della famiglia ospite
In deroga al punto 1.2 e al punto 3.1.7, le richieste di risarcimento nei confronti del contraente per danni
- a beni mobili (ad es. quadri, mobilio, TV, stoviglie, tappeti),
- a locali della famiglia ospite, il cui uso è previsto e consentito in relazione all'alloggio,

si intendono assicurate.
Il nucleo domestico della famiglia ospite comprende la casa o l'appartamento occupato dalla famiglia ospitante (abitazione principale, secondaria e di vacanza), compresi i terreni di sua proprietà e gli annessi o i locali di servizio che vi si trovano.
La prestazione totale per tutti i danni ai beni mobili e ai locali della famiglia ospite entro un anno di assicurazione o un periodo di assicurazione più breve eventualmente concordato è limitata al doppio dell'importo indicato nella sezione I. Per anno assicurativo si intende un periodo di 12 mesi, calcolato a partire dall'inizio dell'assicurazione, comprese tutte le proroghe del contratto.

1.4. Spese di rimpatrio
L'assicurazione copre il rimpatrio nel vostro Paese d'origine, come ordinato dalle autorità locali. La copertura assicurativa per le spese di rimpatrio copre solo se il rimpatrio è stato ordinato
- entro il periodo assicurato e il periodo del contratto con la famiglia ospite e
- entro il periodo di soggiorno indicato nel permesso di soggiorno o nel visto

dalle autorità.

1.5. Perdita delle chiavi
La responsabilità civile legale derivante dalla perdita di chiavi altrui (comprese la chiave principale generale per un impianto di chiusura centralizzato e le schede di codifica) che erano legalmente in custodia della persona assicurata è considerata coperta dall'assicurazione. La copertura assicurativa è limitata alle richieste di risarcimento per responsabilità civile legale a causa dei costi
- per la necessaria sostituzione di serrature e sistemi di chiusura;
- per misure di sicurezza temporanee (blocco di emergenza);
- per una protezione degli oggetti fino a 14 giorni, calcolata a partire dal momento in cui è stata scoperta la perdita della chiave.

L'indennizzo massimo per sinistro ai sensi della sezione I si applica a tutti i sinistri verificatisi nell'arco di un anno assicurativo - o di un periodo assicurativo eventualmente più breve concordato. Per anno assicurativo si intende un periodo di 12 mesi, calcolato a partire dall'inizio dell'assicurazione.
Restano escluse le richieste di assunzione della responsabilità civile
- per danni conseguenti alla perdita di una chiave (ad es. a causa di un furto con scasso);
- per la perdita delle chiavi della cassaforte e dei mobili;
- per la perdita di altre chiavi per beni mobili.

1.6. Attività professionali
La copertura assicurativa è valida nell'ambito
- dell'esercizio di una professione,
- dell'attività di volontariato nel servizio sociale o ecologico,
- di un tirocinio,
- di un'attività Work & Travel oppure

– alla pari (au pair).

Sono considerate assicurate solo le richieste di risarcimento per responsabilità civile derivanti da attività che il contraente è autorizzato a svolgere in base al suo livello di formazione. Questa copertura assicurativa è valida solo se vengono avanzate pretese nei confronti del contraente e non esiste un'altra copertura assicurativa.

## 2 Quando si è in presenza di un sinistro?

2.1. Un sinistro si ha quando, in qualità di privati, si è obbligati a risarcire i danni ad altri in seguito a pericoli della vita quotidiana in base alle disposizioni di responsabilità civile di diritto privato vigenti nel luogo del sinistro.

2.2. Sono assicurati gli eventi causati che hanno provocato direttamente la morte, lesioni o danni alla salute delle persone (lesioni personali) oppure danni o distruzione di cose (danni materiali).

2.3. Più eventi sono considerati come un unico sinistro se sono attribuibili alla stessa causa.

## 3 Quali sono le limitazioni della copertura assicurativa da tenere presente?

3.1. Non è assicurata la responsabilità civile

3.1.1. su stipendio, pensione, salario o altri emolumenti stabiliti, vitto, trattamento medico in caso di impedimento allo svolgimento del servizio, richieste assistenziali e richieste in base alle leggi sui danni provocati dai tumulti.

3.1.2. in seguito alla partecipazione a
- corse di cavalli, di biciclette o di veicoli a motore,
- incontri di pugilato o lotta,
- sport di combattimento di qualsiasi tipo, inclusa la preparazione ad essi (allenamenti).

3.1.3. per danni a cose altrui che sono state noleggiate, prese in affitto, prese in prestito o ottenute in virtù di atti di spoglio o molestia nel possesso o che siano oggetto di un particolare contratto di deposito.

3.1.4. se non espressamente coassicurati, in seguito alla locazione, al noleggio o alla cessione in uso di altro genere di beni a terzi.

3.1.5. per danni da esposizione ambientale di suolo, aria o acque (inclusi corsi d'acqua) e tutti i danni ulteriori da essi derivanti.

3.1.6. per sinistri subiti dai familiari, con cui il contraente viva in comunione domestica. Si considerano familiari
- il coniuge,
- il partner in una convivenza simile al matrimonio,
- i figli,
- i genitori, i genitori adottivi, i patrigni e le matrigne,
- i fratelli e le sorelle,
- i nonni,
- i nipoti,
- i suoceri, i generi e le nuore o i cognati.

3.1.7. tra più persone che abbiano prenotato insieme ed effettuino insieme un viaggio, purché non espressamente compreso dall'assicurazione.

3.1.8. che deriva da una malattia che è stata contagiata ad altri.

3.1.9. per l'uso
- di un veicolo a motore (ad es. auto, moto o camion),
- di un aeromobile o
- di un'imbarcazione.

In questo contesto, è irrilevante se come proprietario, possessore, detentore o conducente del veicolo.

3.1.10. in seguito alla proprietà, alla detenzione o all'allevamento di animali e alla pratica della caccia.

3.1.11. se non espressamente compreso nell'assicurazione, nell'esercizio di una professione, un servizio, una carica (anche carica onoraria) o nello svolgimento di un'attività in associazioni di ogni genere.

3.1.12. per l'utilizzo di armi di qualsiasi tipo.

3.1.13. per tutti i danni al patrimonio risultanti.

3.2. Limiti delle prestazioni

3.2.1. L'indennizzo è limitato in ciascun caso di sinistro alle somme assicurate convenute. Ciò vale anche quando la copertura assicurativa si estenda a più persone dello stesso contratto assicurativo tenute al pagamento di indennizzo.

3.2.2. Le prestazioni di indennizzo per tutti i sinistri all'interno del periodo assicurato sono limitate al doppio delle somme assicurate convenute. Più eventi sono considerati come un unico sinistro se sono attribuibili alla stessa causa.

3.2.3. Qualora il contraente sia tenuto al pagamento di una rendita alla parte lesa e il valore capitale della rendita superi la somma assicurata (massimale) o l'importo rimanente della somma assicurata in seguito alla detrazione di eventuali altre prestazioni derivanti dal sinistro, la rendita da pagare sarà indennizzata da noi solo nella proporzione della somma assicurata (massimale) o del suo importo rimanente rispetto al valore capitale della rendita.

3.2.4. Qualora il soddisfacimento di una richiesta di assunzione di responsabilità civile mediante riconoscimento, soddisfazione o composizione amichevole, da noi avanzata, non vada a buon fine a causa del comportamento del contraente, non saremo tenuti ad accollarci la maggiorazione degli oneri di risarcimento, di interessi e costi insorta a causa del rifiuto.

3.2.5. Se si effettua un riconoscimento senza il nostro consenso, siamo vincolati solo nella misura in cui il reclamo sarebbe esistito anche senza il riconoscimento. Ciò vale anche per le composizioni concluse senza il nostro consenso.

## 4 A cosa si deve prestare attenzione in caso di sinistro (obblighi)?

4.1. Segnalazione tempestiva del sinistro

Qualora venga fatta valere nei confronti del contraente una richiesta di risarcimento danni, il contraente deve comunicarci tempestivamente il sinistro oggetto della stessa.

4.2. Segnalazione tempestiva nella causa giuridica

Qualora venga avviato un procedimento istruttorio o emanata un'ordinanza penale o un'ingiunzione di pagamento, il contraente dovrà segnalarcelo tempestivamente, anche ove abbia già segnalato il sinistro stesso.

Allo stesso modo, qualora nei confronti del contraente sia fatta valere una pretesa per vie legali o mediante ingiunzione di pagamento, sia richiesto il gratuito patrocinio o quando il contraente riceva la citazione in giudizio, dovrà comunicarlo tempestivamente.

Lo stesso principio vale in caso di arresto, provvedimento d'urgenza o incidente probatorio.

4.3. Affidamento della conduzione del procedimento

Qualora si giunga a un procedimento relativo alla richiesta di assunzione della responsabilità civile, il contraente dovrà affidare a noi la conduzione del procedimento, concedere delega all'avvocato da noi nominato o indicato e fornire tutte le delucidazioni da noi o da quest'ultimo ritenute necessarie.

Contro ingiunzioni di pagamento o disposizioni di risarcimento danni da parte dell'autorità amministrativa, il contraente dovrà presentare ricorso entro il termine di scadenza previsto oppure ricorrere ai mezzi di impugnazione richiesti, senza attendere nostre disposizioni.

4.4. Cessione dell'esercizio dei diritti in casi pensionistici

Qualora a causa di un cambiamento delle circostanze il contraente ottenga il diritto di richiedere la revoca o la riduzione di una rendita da pagare, il contraente sarà tenuto a lasciare a noi l'esercizio di tale diritto per suo conto.

4.5. Delega

Siamo da considerare delegati a presentare a nome del contraente tutte le dichiarazioni finalizzate alla composizione o al rifiuto della richiesta.

4.6. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi

Le conseguenze legali in caso di violazione di uno di questi obblighi sono indicate al punto 7.5 della Parte generale.

# Assicurazione emergenze

**1 Disposizioni generali sulla copertura assicurativa**

Eroghiamo prestazioni se si verifica un sinistro di cui al punto 2. Un prestito dovrà esserci restituito in un'unica soluzione entro un mese dalla conclusione del viaggio. Condizione necessaria per la concessione del prestito è la presentazione di una copia del proprio documento di identità o passaporto al nostro servizio per chiamate di emergenza.

**2 Quando si è in presenza di un sinistro?**

2.1. Spese di soccorso

Ove siano state sostenute spese in seguito a un incidente per operazioni di ricerca, salvataggio o recupero da parte di servizi di soccorso organizzati in base al diritto pubblico o privato, tali spese verranno rimborsate fino all'importo concordato.

2.2. Trasferimento

Salvo in caso di interruzione del viaggio all'estero, rimborsiamo i costi aggiuntivi per il trasferimento all'ospedale idoneo più vicino del vostro Paese, a condizione che il trasferimento sia stato prescritto da un medico e sia ragionevole e giustificabile dal punto di vista medico.

La valutazione sulla sensatezza dal punto di vista medico di un trasferimento sarà a cura di un consulente medico dell'assicuratore, in accordo con il medico curante nel Paese del soggiorno.

2.3. Visita al malato

Rimborseremo i costi di una visita al malato se si stabilisce che occorre rimanere in ospedale per più di 5 giorni.

In tal caso, su richiesta,

- organizziamo il viaggio di una persona cara al luogo di ricovero e il ritorno al luogo di residenza, e
- paghiamo le spese di andata e ritorno.

In ogni caso, è condizione necessaria che al momento dell'arrivo della persona cara il contraente stia ancora presumibilmente ricevendo cure ospedaliere.

2.4. Spese funerarie o di trasporto della salma

Organizziamo il trasferimento della salma alla residenza permanente e ne sosteniamo le spese o ci accolliamo le spese per un funerale nel luogo di soggiorno fino all'importo delle spese che sarebbero state sostenute in caso di trasferimento della salma.

2.5. Perdita di mezzi di pagamento per il viaggio

Se a seguito della perdita dei mezzi di pagamento per il viaggio a causa di

- furto o
- rapina o
- altre perdite

il contraente si trova in condizioni di necessità finanziaria, lo metteremo in contatto con la banca di fiducia tramite il nostro servizio per chiamate di emergenza.

- Se necessario, forniremo assistenza per il trasferimento di un importo messo a disposizione dalla banca di fiducia al contraente.
- Qualora non sia possibile stabilire un contatto con la banca di fiducia entro 24 ore, attraverso il nostro servizio per chiamate di emergenza metteremo a disposizione del contraente un prestito fino all'importo convenuto.

**3 Cosa occorre osservare in caso di sinistro (obblighi)?**

3.1. Contattate il nostro servizio di emergenza in tutto il mondo

Condizione necessaria per le prestazioni dell'assicurazione emergenze è che il contraente, o una persona da lui incaricata, nel momento in cui si verifica il sinistro contatti telefonicamente o in altro modo il nostro servizio internazionale per chiamate di emergenza. Questo contatto deve essere effettuato immediatamente. Il numero di telefono è indicato nel paragrafo "Informazioni importanti in caso di sinistro" nella documentazione contrattuale o sulla conferma dell'assicurazione.

3.2. Dichiarazione di rimborso dei prestiti

Nel caso in cui si riceva un prestito, occorre presentarci una dichiarazione di rimborso del prestito firmata.

3.3. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi

Le conseguenze giuridiche in caso di violazione di uno di questi obblighi sono riportate al punto 7.5 della Parte generale.

# Assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza

**1 Quali prestazioni sono incluse nell'assicurazione per il viaggio di ritorno a causa di emergenza?**

1.1. Viaggio di ritorno a casa a causa di emergenza

Pagheremo il viaggio di ritorno d'emergenza dall'estero e copriremo i costi fino all'importo concordato per anno assicurativo per:

1.1.1. il viaggio di ritorno intermedio del contraente nel Paese di origine, utilizzando una modalità di viaggio semplice, ad es. viaggio in treno di seconda classe o biglietto aereo a tariffa conveniente in classe turistica, in caso di malattia grave, conseguenze di un incidente con pericolo di vita oppure decesso di un genitore o di un fratello/una sorella, a condizione che la malattia grave o l'infortunio di un genitore o di un fratello/sorella si sia verificato solo dopo l'arrivo del contraente nel Paese ospitante e sia stato accertato da un medico, e inoltre salvo che il biglietto originario non possa essere utilizzato o cambiato.

1.1.2. il viaggio di ritorno del contraente nel Paese ospitante in caso di viaggio di ritorno a casa a causa di un'emergenza, utilizzando una modalità di viaggio semplice, ad es. viaggio in treno di seconda classe o biglietto aereo a tariffa conveniente in classe turistica, se restano più di 30 giorni di permanenza nel Paese ospitante, prima del viaggio di ritorno previsto originariamente, oppure se il contraente deve ritornare nel Paese ospitante per sostenere un esame necessario per proseguire la carriera scolastica. Ci facciamo carico dei costi del viaggio di ritorno definitivo a casa se il biglietto di ritorno è stato utilizzato o cambiato per il viaggio di ritorno dovuto all'emergenza.

1.2. Visita al malato

Qualora sia certo che il ricovero ospedaliero del contraente duri più di 14 giorni, organizziamo su sua richiesta, una sola volta, il viaggio di una persona cara al luogo del ricovero ospedaliero e da lì il viaggio di ritorno al luogo di residenza, assumendoci i costi del mezzo di trasporto per il viaggio di andata e ritorno (classe semplice). In ogni caso, è condizione necessaria che il ricovero ospedaliero non sia ancora concluso al momento dell'arrivo della persona cara.

**2 Cosa occorre osservare in caso di sinistro (obblighi)?**

2.1. Condizione necessaria per le prestazioni è che il contraente, o una persona da lui incaricata, nel momento in cui si verifica il sinistro contatti telefonicamente o in altro modo il nostro servizio internazionale per chiamate di emergenza.

2.2. Le conseguenze giuridiche in caso di violazione di uno di questi obblighi sono riportate al punto 7.5 della Parte generale.

# Assicurazione bagagli

**1 Quali beni copre l'assicurazione bagagli?**

1.1. Sono assicurati gli oggetti personali facenti parte dell'occorrente che si porta con sé in viaggio, nonché regali e souvenir acquistati durante il viaggio stesso.

1.2. Le attrezzature sportive, con i relativi accessori (tuttavia non i motori), sono assicurate soltanto quando non siano utilizzate secondo la destinazione d'uso prevista.

1.3. Gli oggetti di valore sono assicurati solo nella misura in cui

- vengano trasportati o usati in base alla loro destinazione, oppure
- siano sotto la custodia personale e vengano portati con sé custodendoli in modo sicuro oppure

– si trovino in un locale regolarmente chiuso di un edificio o di una nave passeggeri oppure
– siano stati affidati in custodia alla direzione del campeggio oppure
– si trovino, in posizione inaccessibile, dentro un camper o una roulotte regolarmente messi in sicurezza tramite una chiusura o in un autoveicolo ben chiuso e messo in sicurezza tramite una chiusura, all'interno di un campeggio ufficiale.

Per oggetti di valore si intendono pellicce, gioielli, oggetti in metallo prezioso, apparecchi fotografici e videocamere, dispositivi di elaborazione elettronica dei dati (EDP), dispositivi elettronici di comunicazione e intrattenimento, inclusi i relativi accessori.
Se gioielli e oggetti in metallo prezioso non si trovano sotto la custodia personale, sono assicurati solo laddove essi siano stati collocati in un contenitore chiuso, che garantisca una maggiore sicurezza anche contro la sottrazione del contenitore stesso.

## 2 Quali prestazioni sono incluse nell'assicurazione bagagli?

In caso di sinistro, indennizziamo fino a concorrenza della somma assicurata per

2.1. beni distrutti o smarriti, il loro valore assicurato al momento in cui si è verificato il sinistro. Per valore assicurato si intende l'importo che è generalmente necessario per riacquistare nuovi beni dello stesso tipo e della stessa qualità presso il domicilio permanente della persona assicurata, deducendo un importo corrispondente (valore attuale) allo stato dei beni assicurati (età, usura, consumo, ecc.).

2.2. beni danneggiati che necessitano di riparazioni, le spese di riparazione necessarie ed eventualmente una perdita permanente del valore, in ogni caso al massimo fino al valore assicurato.

2.3. film, supporti fotografici, audio e dati, il valore materiale.

2.4. carte d'identità, passaporti, documenti di veicoli e altri documenti di identità, le tasse ufficiali per la loro riemissione.

## 3 Quando si è in presenza di un sinistro?

Si è coperti da assicurazione se il bagaglio è interessato da un evento assicurato. Sussiste un evento assicurato quando

3.1. il bagaglio affidato
– viene smarrito,
– distrutto o danneggiato,
mentre si trova sotto la tutela di un'impresa di trasporto, di un'azienda alberghiera o di un servizio di deposito bagagli.

3.2. il bagaglio affidato non raggiunge il luogo di destinazione il giorno stesso dell'arrivo del contraente (superamento del termine di consegna).

3.3. il bagaglio viene smarrito, distrutto o danneggiato nel corso del resto del viaggio in seguito a
– reati da parte di terzi. Questi comprendono furto, furto con effrazione, rapina, estorsione e danneggiamento intenzionale di oggetti.
– un incidente del mezzo di trasporto (ad es. incidente stradale).
– incendio, fulmini, esplosione, tempesta, allagamento, frana, terremoto, valanghe.

## 4 Quali limitazioni di risarcimento sono da considerare?

Per quanto non sia stato pattuito altrimenti, rimborsiamo per sinistro

4.1. in caso di superamento del termine di consegna, le spese documentate per i necessari acquisti sostitutivi fino a 500 EUR.

4.2. i danni agli oggetti di valore fino al 50% della somma di assicurazione.

4.3. i danni agli occhiali, alle lenti a contatto e agli apparecchi acustici, agli strumenti musicali, ai dispositivi EDP e alle apparecchiature elettroniche di comunicazione e di intrattenimento, in ogni caso con accessori, fino a 250 EUR a pezzo.

4.4. i danni ad attrezzatura da golf e immersioni, biciclette, con i rispettivi accessori, fino al 50% della somma assicurata.

4.5. i danni ad attrezzature da surf e surf a vela, con i rispettivi accessori, fino al 50% della somma assicurata.

4.6. i danni a regali e souvenir, che sono stati acquistati durante il viaggio, fino a un massimo di 300 EUR.

## 5 Quali sono le limitazioni della copertura assicurativa da tenere presente?

5.1. Oggetti ed eventi non assicurati

Non sono assicurati

5.1.1. danni causati dallo smarrimento o dalla dimenticanza di oggetti.

5.1.2. danni causati dalla condizione naturale o carente dei beni assicurati, logorio o usura.

5.1.3. denaro contante, assegni, carte assegni, carte di credito, schede telefoniche, titoli (valori mobiliari), titoli di viaggio, certificati e documenti di ogni tipo, oggetti di valore prevalentemente artistico o amatoriale, protesi dentarie in oro, protesi di ogni tipo, armi da fuoco di ogni tipo, accessori compresi, veicoli di terra, aeromobili e natanti, deltaplani, alianti, paracadute, con i relativi accessori.

5.2. Limitazioni della copertura assicurativa per colpa grave
Se il sinistro è stato causato per colpa grave, abbiamo il diritto di ridurre la prestazione in proporzione alla gravità della colpa.

5.3. Restrizione della copertura assicurativa nei veicoli a motore, imbarcazioni da diporto e in campeggio a causa di atti criminali di terzi

5.3.1. La copertura assicurativa è valida per i danni al bagaglio
– in veicoli a motore,
– rimorchi e
– imbarcazioni da diporto.
Il presupposto è che il bagaglio non sia visibile e si trovi in un vano interno o portabagagli ben chiuso e assicurato da serratura, (in caso di imbarcazioni da diporto: cabina o cassa da imballaggio), oppure in portabagagli esterni saldamente assicurati al mezzo.

5.3.2. Se gli oggetti vengono lasciati incustoditi, la copertura assicurativa vale solo durante il giorno tra le ore 6.00 e le ore 22.00 e quando il veicolo, il rimorchio o la tenda sono chiusi. Tra le ore 22.00 e le ore 6.00 la copertura assicurativa vale a bordo di un veicolo a motore incustodito durante un'interruzione del viaggio di non più di 2 ore. Per sorveglianza si intende soltanto la presenza costante del contraente o di una persona di fiducia da lui incaricata in prossimità dell'oggetto da custodire.

5.3.3. La copertura assicurativa per danni al bagaglio durante il campeggio è valida solo in caso di soggiorno in campeggi ufficiali (gestiti da autorità pubbliche, associazioni o imprese private).

## 6 A cosa si deve prestare attenzione in caso di sinistro (obblighi)?

6.1. Garanzia delle richieste di risarcimento danni nei confronti di terzi
I danni a un bagaglio affidato in custodia e quelli derivanti da una consegna del bagaglio stesso fuori dai termini stabiliti
– vanno denunciati tempestivamente all'ufficio preposto
– rilasciando una relativa conferma scritta.
A tale riguardo richiediamo un'attestazione. In caso di danni non riconoscibili esteriormente, dopo averli notati, il contraente dovrà sollecitare tempestivamente la relativa impresa, nel rispetto del termine pertinente di reclamo ma non superando i 7 giorni, a prendere visione del danno e a certificarlo.

6.2. Denuncia alla polizia
I sinistri causati da azioni criminali da parte di terzi e da incendio devono
– essere notificati immediatamente al Commissariato di polizia competente e

– su presentazione di un elenco completo di tutti gli oggetti interessati dal sinistro, si dovrà rilasciare una certificazione scritta.

L'elenco degli oggetti interessati dal sinistro, da presentare alla polizia, va compilato in modo particolareggiato e deve contenere anche informazioni sul momento e sul prezzo di acquisto dei singoli oggetti.

A tale riguardo richiediamo il verbale di polizia completo.

6.3. Conseguenze in caso di mancata osservanza degli obblighi
Le conseguenze giuridiche in caso di violazione di uno di questi obblighi sono riportate al punto 7.5 della Parte generale.

## Sezione IV Estratto della legge sul contratto d'assicurazione

**§ 19 Obbligo di segnalazione**

(1) Fino alla presentazione della sua dichiarazione d'assicurazione, il contraente è tenuto a indicare all'assicuratore le circostanze di rischio a lui note che sono rilevanti per la decisione dell'assicuratore di stipulare il contratto con il contenuto concordato e di cui l'assicuratore ha chiesto la conferma per iscritto. [2]Se l'assicuratore pone domande ai sensi del comma 1 dopo la dichiarazione contrattuale del contraente, ma prima dell'accettazione del contratto, il contraente è comunque tenuto a fornire le informazioni.

(2) Se il contraente viola l'obbligo di segnalazione di cui al capoverso 1, l'assicuratore può recedere dal contratto.

(3) [1]Il diritto di recesso dell'assicuratore è escluso se il contraente non ha violato l'obbligo di segnalazione né intenzionalmente né per negligenza grave. [2]In questo caso, l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto con un preavviso di un mese.

(4) Il diritto di recesso dell'assicuratore in caso di violazione per colpa grave dell'obbligo di segnalazione e il suo diritto di disdetta ai sensi del capoverso 3, comma 2, sono esclusi se egli avrebbe stipulato la polizza anche se avesse saputo delle circostanze non divulgate, seppure a condizioni diverse. [2]Su richiesta dell'assicuratore, le altre condizioni diventano parte integrante del contratto con effetto retroattivo a partire dal periodo di assicurazione in corso, in caso di violazione di un obbligo non imputabile al contraente.

(5) L'assicuratore gode dei diritti di cui ai capoversi da 2 a 4 solo se ha informato il contraente delle conseguenze di una violazione dell'obbligo di segnalazione mediante una comunicazione separata in forma scritta. [2]Tali diritti sono esclusi se l'assicuratore era a conoscenza della circostanza di rischio non segnalata o dell'inesattezza della notifica.

(6) Se nel caso del capoverso 4 comma 2 il premio aumenta di oltre il 10 percento a causa di una modifica del contratto o se l'assicuratore esclude la copertura del rischio per la circostanza non rivelata, il contraente può disdire il contratto senza preavviso entro un mese dal ricevimento della notifica da parte dell'assicuratore. [2]L'assicuratore deve informare il contraente di questo diritto nella notifica.

**§ 37 Ritardo nel pagamento del primo premio**

(1) Nel caso in cui il primo premio assicurativo o il premio unico non sia versato tempestivamente, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto, fintantoché il pagamento non venga effettuato, salvo il caso in cui il contraente dell'assicurazione non sia responsabile del mancato pagamento.

(2) [1]Nel caso in cui il primo premio assicurativo o il premio unico non sia ancora stato versato al momento del verificarsi del rischio assicurato, l'assicuratore non è tenuto a fornire alcuna prestazione, salvo il caso in cui il contraente dell'assicurazione non sia responsabile del mancato pagamento. [2]L'assicuratore non è tenuto a fornire alcuna prestazione solo laddove egli abbia segnalato la conseguenza giuridica del mancato pagamento del premio al contraente dell'assicurazione tramite una comunicazione separata scritta o tramite un avviso evidente nel certificato d'assicurazione.

**§ 38 Ritardo nel pagamento dei premi successivi**

(1) [1]Se un premio successivo non viene pagato in tempo, l'assicuratore può fissare al contraente un termine di pagamento in forma scritta a sue spese, che deve essere di almeno due settimane. [2]La disposizione è efficace solo se specifica in dettaglio gli importi degli arretrati di premio, interessi e spese e indica le conseguenze giuridiche connesse alla scadenza del termine ai sensi dei capoversi 2 e 3; in caso di contratti riepilogativi, gli importi devono essere indicati separatamente in ciascun caso.

(2) Se il sinistro si verifica dopo la scadenza del termine e se il contraente è in ritardo con il pagamento del premio o degli interessi o delle spese al momento del verificarsi dell'evento, l'assicuratore non è tenuto a risarcire l'evento.

(3) [1]Dopo la scadenza del termine, l'assicuratore può disdire il contratto senza preavviso se il contraente è in mora con il pagamento degli importi dovuti. [2]La disdetta può essere combinata con la determinazione del termine di pagamento in modo tale che diventi effettiva alla scadenza del termine se il contraente è in mora di pagamento in quel momento; il contraente deve esserne espressamente informato al momento della notifica della disdetta. [3]La disdetta diventa inefficace se il contraente effettua il pagamento entro un mese dalla disdetta o, se questa era vincolata alla definizione di un termine, entro un mese dalla scadenza del termine; ciò non pregiudica il capoverso 2.

## Sezione V Spiegazioni

Desideriamo che il contraente comprenda bene la propria assicurazione. Pertanto, spieghiamo il termine tecnico "malattia grave inaspettata" e forniamo degli esempi. Si invita a notare che gli esempi non sono esaustivi.

L'assicurazione copre malattie gravi inattese. La malattia deve essere "inaspettata" e "grave". Prima definiamo il criterio "inaspettato" e poi forniamo qualche esempio di malattie "gravi".

Caso 1: Ogni prima comparsa di una malattia dopo che è stata stipulata l'assicurazione e dopo la prenotazione del viaggio si considera inattesa.

Caso 2: Altrettanto assicurata è la ricomparsa di una malattia, se per questa malattia non è stato eseguito alcun trattamento nelle ultime 2 settimane prima della stipulazione dell'assicurazione.

Caso 3: Se negli ultimi 6 mesi prima della stipula dell'assicurazione non è stato effettuato alcun trattamento per una malattia esistente, è assicurato anche l'inatteso peggioramento di questa malattia.

Le visite mediche regolari per determinare lo stato di salute non contano come trattamento. Le visite non vengono effettuate in seguito a un evento concreto e non sono destinate a curare la malattia.

**Non tutti i casi immaginabili sono assicurati. Esempio in cui non sussiste una "malattia grave inaspettata" (elenco non esaustivo):**

- La persona assicurata soffre di una malattia in cui le ricadute sono una caratteristica del decorso (ad es. sclerosi multipla, morbo di Crohn). Negli ultimi 6 mesi prima della stipula dell'assicurazione o della prenotazione del viaggio è stato effettuato un trattamento della malattia esistente. Pertanto tale malattia non è coperta da assicurazione.

## Contatti

**In caso di emergenza:**
**Team Assist - On Call International**
**24 ore numeri ed e-mail per emergenze sanitarie**
**Inside the U.S.: +1-877-714-8179 (Toll Free)**
**Outside the U.S.: +1-603-952-2660 (Collect Calls Accepted)**
**E-mail:** mail@oncallinternational.com

Team Assist is a non-insurance service and is not affiliated with Crum & Forster SPC.

**Claim Center**
CareMed Claims
CISI Claim Department
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905, USA
Opening hours: 9:00 am – 5:00 pm EST

Phone: +1 203-399-5130
Phone: +1 866-404-2062 (press #1)
Fax: +1 203-399-5596
E-mail: claimhelp@culturalinsurance.com

**CareMed International Sales Office**
CareMed International Insurance
Budapester Str. 4
53111 Bonn, Germany
Tel.: +49 (0)228-55 54 90-0
E-Mail: info@caremed-travel.com

**CareMed Head Office**
Cultural Insurance Services International, Inc.
CareMed USA
1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905
USA

# Complaints

In the event that You are dissatisfied and wish to make a complaint You can do so to the Complaints team at:

1 High Ridge Park
Stamford, CT 06905
USA
+1-203-399-5130
claimhelp@culturalinsurance.com

It is Our intention always to supply a first-class standard of service and should You remain dissatisfied and are unable to resolve the situation, or You wish to make an enquiry regarding this insurance You may contact Us at the following address:

Fairmont Specialty Trust
ITA GlobalTrust,LTD
Suite 4210, 2nd Floor Canella Court,
48 Market St,
Camana Bay
PO Box 32203,
Grand Cayman KY1-1208,
**Cayman Islands**

# CLAIM PROVISIONS

**Notice Of Claim:** A claimant must give Us or Our authorized representative written (or authorized electronic or telephonic) notice of claim within 90 days after any loss covered by the Policy occurs. If notice cannot be given within that time, it must be given as soon as reasonably possible. This notice should identify the Covered Person and the Policy Number.

**Claim Forms:** Upon receiving written notice of claim, We will send claim forms to the claimant within 15 days. If We do not furnish such claim forms, the claimant will satisfy the requirements of written proof of loss by sending the written (or authorized electronic or telephonic) proof as shown below. The proof must describe the occurrence, extent and nature of the loss.

**Proof Of Loss:** Written (or authorized electronic or telephonic) proof of loss must be sent to the agent authorized to receive it. Written (or authorized electronic or telephonic) proof must be given within 90 days after the date of loss. If it cannot be provided within that time, it should be sent as soon as reasonably possible. In no event, except in the absence of legal capacity, should proof of loss be sent later than one year from the time proof is otherwise required.

**Claimant Cooperation Provision:** Failure of a claimant to cooperate with Us in the administration of a claim may result in the termination of a claim. Such cooperation includes, but is not limited to, providing any information or documents needed to determine whether benefits are payable or the actual benefit amount due.

**Time Payment Of Claims:** Any benefits due will be paid when We receive written (or authorized electronic or telephonic) proof of loss.

**Payment Of Claims:** If the Insured dies, any death benefits or other benefits unpaid at the time of the Insured's death will be paid to the beneficiary our records indicate the Insured designated for these plan benefits.

If there is no named beneficiary or surviving beneficiary on record with Us or Our authorized agent, We pay benefits in equal shares to the first surviving class of the following: 1) Spouse; 2) Children; 3) Parents; 4) Brothers and sisters. If there are no survivors in any of these classes, We will pay the Insured's estate.

All other benefits will be paid to the Insured. If the Insured is: (1) a minor; or (2) in Our opinion unable to give a valid release because of incompetence, We may pay any amount due to a parent, guardian, or other person actually supporting him or her. Any payment made in good faith will end Our liability to the extent of the payment.

If a Covered Loss is suffered by a Covered Person who resides outside of the United States, its territories and possessions and in a Country where the Company is not permitted to provide insurance without a License, the Company will pay benefits under the Policy to the Policyholder, who:

1. will hold such payment in trust for the sole use and benefit of the insured person or his or her beneficiary or other person to whom such benefits are payable ("Payee"); and
2. will remit such payment to the Payee in accordance with applicable law.

Any such payment the Company makes to the Policyholder is a full discharge of the Company's liability for the claim for which payment is made.

"Country" includes any political jurisdiction that independently regulates the licensing of insurance companies.

"License" or "Licensed" means with respect to any Country, authorized or otherwise permitted in accordance with applicable law to conduct the business of accident and sickness insurance in such Country.

**Beneficiary:** The Insured may designate a beneficiary for Accidental Death Benefits, if any. The Insured has the right to change the beneficiary at any time by written (or electronic and telephonic) notice. If the Insured is a minor, his or her parent or guardian may exercise this right for him or her. The change will be effective when We or Our authorized agent receive it. When received, the effective date is the date the notice was signed. We are not liable for any payments made before the change was received. We cannot attest to the validity of a change.

**Assignment:** We may pay benefits directly to any Hospital or person rendering covered services, unless the Covered Person requests otherwise in writing no later than the time he or she submits written proof of loss. Any payment made in good faith will end our liability to the extent of the payment.

**Physical Examinations And Autopsy:** We have the right to have a Doctor of Our choice examine the Covered Person as often as is reasonably necessary. This section applies when a claim is pending or while benefits are being paid. We also have the right to request an autopsy in the case of death, unless the law forbids it. We will pay the cost of the examination or autopsy.

**Legal Actions:** No lawsuit or action in equity can be brought to recover on this Policy: (1) before 60 days following the date proof of loss was given to Us; or (2) after 3 years following the date proof of loss is required.

## ADMINISTRATIVE PROVISIONS

**Premiums:** The premiums for this Policy will be based on the rates currently in force, the plan and amount of insurance in effect.

**Changes In Premium Rates:** We may change the premium rates from time to time with at least 31 days advanced written, or authorized electronic or telephonic notice. We reserve the right to change rates at any time if any of the following events take place.

1. The terms of the Policy change.
2. A division, subsidiary, affiliated organization, or eligible class is added or deleted from the Policy.
3. Any federal or state law or regulation is amended to the extent it affects Our benefit obligation.
4. There is a change in the market factors or factors bearing on the risk assumed.

If an increase or decrease in rates takes place on a date that is not a Premium Due Date, a pro rata adjustment will apply from the date of the change to the next Premium Due Date.

**Payment of Premium:** The first Premium is due on the Policy Effective Date. If any premium is not paid when due, the Policy will be canceled as of the Premium Due Date, except as provided in the Policy Grace Period section.

**Policy Grace Period:** A Policy Grace Period of 31 days will be granted for the payment of the required premiums. The Policy will remain in force during the Grace Period. If the required premiums are not paid during the Policy Grace Period, insurance will end on the last Premium Due Date on which required premiums were paid. The Policyholder will be liable to Us for any unpaid premium for the time the Policy was in force.

## GENERAL PROVISIONS

**Entire Contract; Changes:** The Policy, the application of the Policyholder, a copy of which is attached, endorsements, riders, and the application or participation agreement with the Participating Organization and attached papers constitute the entire contract between the parties. If an application of a Plan Participant is required, the application of any Plan Participant, at Our option, may also be made a part of this contract.

All statements made by the Policyholder, Participating Organization, or by a Plan Participant are deemed representations and not warranties. No such statement will cause us to deny or reduce benefits or be used as a defense to a claim unless a copy of the instrument containing the statement is or has been furnished to such person; or, in the event of his death or incapacity, his beneficiary or representative. After 2-years from the Plan Participant's effective date of coverage, no such statement, except in the case of fraud or with respect to eligibility for coverage, will cause such coverage to be contested.

No change in the Policy will be valid until approved by one of Our executive officers. This approval must be endorsed on or attached to the Policy. No agent may change the Policy or waive any of its provisions.

**Workers' Compensation Insurance:** The Policy is not in lieu of and does not affect any requirement for coverage under any Workers' Compensation Insurance.

**Policy Effective Date And Termination Date:** The Policy begins on the Policy Effective Date shown on page 1 of the Policy. We may terminate this Policy by giving 31 days advance notice in writing (or authorized electronic or telephonic means) to the Policyholder. The Policyholder may terminate this Policy on any

Premium Due Date by giving 31 days advance written (or authorized electronic or telephonic) notice to Us. This Policy terminates automatically on the earlier of: 1) the last day of the Policy Term; or 2) the Premium Due Date if Premiums are not paid when due.

**Clerical Error:** Clerical error in keeping any records pertaining to the coverage, whether by the Policyholder or by the Company, will not invalidate coverage otherwise validly in force nor continue coverage otherwise validly terminated, provided such clerical error is not prejudicial to the Company and is rectified promptly upon discovery

**Examination Of Records And Audit:** We shall be permitted to examine and audit the Policyholder's books and records at any time during the term of the Policy and within 2 years after the final termination of the Policy as they relate to the premiums or subject matter of this insurance.

**EVIDENCE OF COVERAGE:** Where it is required by law, or upon the request of the Policyholder, an Evidence of Coverage of insurance will be delivered to the Participating Organization for delivery to each Plan Participant. Each Evidence of Coverage will list the benefits, conditions and limits of the Evidence of Coverage. It will state to whom the benefits will be paid.

**ASSIGNMENT:** No assignment of interest in loss of life benefits shall be binding on the Company until the original or duplicate thereof is received by the Company. The Company assumes no responsibility for the validity of such assignment.

**INSOLVENCY:** The insolvency, Bankruptcy, financial impairment, receivership, voluntary plan of arrangement with creditors, or dissolution of the Policyholder will not impose upon the Company any liability other than the liability defined in the Policy. The insolvency of the Policyholder will not make the Company liable to the creditors of the Policyholder, including Plan Participants under the Policy.

**WAIVER:** Failure of the Company to strictly enforce its rights under the Policy at any time or under any circumstance shall not constitute a waiver of such rights by the Company at any time under the same or different circumstances.

**SANCTIONS:** The Company shall not be deemed to provide coverage nor be liable to pay any claim or provide any benefit under this Policy to the extent that the provision of such coverage, payment of such claim or provision of such benefit would expose the Company to any sanction, prohibition or restriction, including under United Nations resolutions, or the trade or economic sanctions, laws or regulations of the European Union, United Kingdom or United States of America.

# SUBSCRIPTION AGREEMENT

I hereby apply to be a Plan Participant of the Fairmont Specialty Trust (the "Trust") and to participate in the insurance coverage extended to Plan Participants under the Trust by Crum & Forster SPC ("the Company") to Plan Participants under the Trust (the "Coverage"). I understand that the Coverage is not a general health insurance product, but is intended for use in the event of a sudden and unexpected event while traveling outside my Home Country. I understand that the Coverage extended to me will terminate upon my return to my Home Country. I understand that I may obtain full details of the insurance by requesting a copy of the Master Policy from the Plan Manager. I understand that the liability of the Company as insurer of the Coverage is as provided in the Master Policy. By acceptance of coverage and/or submission of any claim for benefits, the Plan Participant ratifies the authority of the signer to so act and bind the Plan Participant.

The Plan Participant undertakes to make all premium payments as they fall due in respect of the Coverage extended to them. The Plan Administrator shall not be responsible for the administration of such payments. If the Plan Participant fails to make any premium payment due in respect of the Coverage extended to them, subject to the discretion of the Insurance Company, such Coverage will lapse.

The Plan Participant hereby confirms the accuracy of all information validity of all representations and warranties provided to the Plan Administrator in connection with its participation in the Plan and/or the subscription for the Coverage, howsoever provided, including the terms of this Subscription Agreement, (together "Representations & Warranties"). The Plan Participant acknowledges that certain of such information will be relied upon by the Company as insurers of the Coverage and that any inaccuracy therein may result in the invalidity of such Coverage as it relates to the Plan Participant, the loss of Coverage and all monies paid in relation thereto. The Plan Participant hereby undertakes to inform the Plan Administrator of any change to any of matter that forms the subject of any of the Representation & Warranties. The Plan Participant hereby undertakes to indemnify and hold harmless the Plan Administrator against any loss or damage (including attorney's fees) occasioned by any inaccuracy in any Representation & Warranty or failure to advise the Plan Administrator of any change in any matter that forms the subject of any of the Representation & Warranties. The Plan Participant agrees that the Plan Administrator shall be entitled to rely on and to act in accordance with any written instruction purported to be provided by the Plan Participant and the Plan Participant hereby undertakes to indemnify and hold harmless the Plan Administrator against any loss or damage (including attorney's fees) occasioned by the Plan Administrator acting in accordance with any such instruction.

Payments under the terms of the Coverage shall be paid by the Insurers to the Plan Participant or directly to a provider if assignment of benefits has been authorized. The Plan Administrator shall not be responsible for the administration of such payments.

I confirm that I have satisfied myself that the insurance is appropriate for me and that I meet the eligibility criteria.

CareMed®
International Insurance

## Modulo di notifica medica del sinistro

| **Dati personali** | |
|---|---|
| Cognome: | Nome: |
| Data di nascita (GG/MM/AA): | Sesso: |
| Giorno di partenza dal Paese natale*: | |
| *Si prega di allegare un giustificativo di viaggio per la partenza, ad esempio un biglietto aereo o ferroviario o una dichiarazione scritta separata | |
| Periodo di assicurazione da a | event. periodo di collegamento da a |
| **Indirizzo nel Paese natale** | **Indirizzo nel Paese di destinazione** |
| Via: | c/o: |
| CAP, città: | Via: |
| Stato federale/Provincia: | CAP, città: |
| Paese: | Stato federale/Provincia: |
| Numero di telefono: | Paese: |
| Indirizzo e-mail: | Numero di telefono: |
| **Trattamenti sanitari** | |
| Tipo di malattia o incidente: | |
| La malattia / l'incidente si è già verificato o è stato trattato prima dell'inizio del viaggio? Sì ❑ No ❑<br>Se sì, quando? | |
| In caso di incidente: Colpa propria ❑ Colpa di terzi ❑ | |
| Attualmente è ancora in essere una copertura assicurativa tramite un'altra assicurazione sanitaria (ad es. carta di credito)?<br>Se sì, quale? | |
| Numero dei giustificativi allegati: | |
| **Rimborso delle spese** | |
| **I pagamenti possono essere versati solo tramite bonifico bancario.** | |
| **Ha già pagato la fattura del medico?** Sì ❑ No ❑ | |
| **In caso contrario**, la fattura viene rimborsata direttamente al fornitore del servizio: | |
| Nome del medico curante/ospedale: | |
| Indirizzo del medico curante/ospedale: | |
| **In caso affermativo**, il rimborso verrà effettuato tramite bonifico bancario sul conto indicato di seguito: | |
| Nome del titolare del conto: | |
| Nome della banca: | |
| Indirizzo e Paese della banca: | |
| SWIFT/BIC (campo obbligatorio): | |
| IBAN (campo obbligatorio): | |
| **Documentazione sul sinistro** | |
| **Inviare via e-mail il modulo debitamente compilato, nonché tutte le fatture, i giustificativi e i referti medici disponibili relativi al presente sinistro al nostro ufficio sinistri.**<br>INFORMAZIONI INCOMPLETE O ERRATE POSSONO COMPORTARE RITARDI NELL'EVASIONE DELLE RICHIESTE DI RISARCIMENTO. | CareMed Claims<br>CISI Claim Department<br>1 High Ridge Park<br>Stamford, CT 06905, USA<br>Opening hours: 9:00 am – 5:00 pm EST<br>Phone: +1 203-399-5130<br>Phone: +1 866-404-2062 (press #1)<br>Fax: +1 203-399-5596<br>E-mail: claimhelp@culturalinsurance.com |
| Con la presente, autorizzo qualsiasi ospedale, medico o altra persona che mi ha visitato, compresi quelli del mio Paese d'origine, a fornire al Centro di Assistenza o ai loro rappresentanti qualsiasi informazione riguardante malattie o lesioni, anamnesi, consulenza, prescrizioni o trattamenti e le copie di qualsiasi referto ospedaliero o medico. È valida anche una copia di questa procura. | |
| Data | Firma dell'assicurato |