

VacanzExtra

POLIZZA NR. 600700060/W

Cocktail T.O., in collaborazione con il broker Borghini e Cossa Srl, ha predisposto con Nobis Compagnia di Assicurazioni SpA un completo pacchetto assicurativo per garantire a tutti i propri Clienti la massima tutela della persona e del valore vacanza in conseguenza dei rischi connessi al Covid-19.

Sono previste tre garanzie, che valgono durante lo svolgimento del viaggio:

- diaria da ricovero a seguito di infezione da Covid-19;
- indennità da convalescenza a seguito di infezione da Covid-19;
- maggiori spese e interruzione soggiorno in caso di fermo o quarantena.

Di seguito è riportato un estratto delle garanzie prestate. La polizza è depositata presso Cocktail T.O.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I – GLOSSARIO E DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente l'Impresa indica al contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo.

Applicazione: documento attestante la posizione amministrativa di ciascun Assicurato.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta al viaggio organizzato dal contraente e regolarmente comunicata all'Impresa.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Centrale Operativa: la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto.

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato.

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russa.

Esteri: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

Familiari: coniuge/convivente more uxorio, genitori, fratelli, sorelle, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati.

Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Fermo: un provvedimento delle Autorità competenti che comporti un isolamento dell'Assicurato per la necessità di contenere o reprimere l'infezione da Covid-19.

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro.

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

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale somma fino a concorrenza della quale l'Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

Mondo: tutti i paesi del mondo.

Nucleo Familiare: il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Premio definitivo: L'ammontare del premio di polizza dovuto dal contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Premio minimo: L'ammontare del premio di polizza dovuto in ogni caso dal contraente all'Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza.

Quarantena: isolamento (fiduciario o obbligatorio) con sorveglianza sanitaria attiva al domicilio o in istituto di cura o in altra idonea struttura.

Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico.

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in Istituto di Cura collegata in modo diretto ed esclusivo all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus).

Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro.

Servizi Turistici: Passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc. venduti dal contraente all'assicurato.

Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo.

Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non che qualunque altro affine o parente con lui convivente e risultante dallo stato di famiglia; b) i dipendenti dell'assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari dell'Assicurato organizzato dal Contraente; il viaggio/locazione inizia successivamente al momento dell'ingresso in aerostazione (se con volo aereo), dell'ingresso in hotel/appartamento (se solo soggiorno), dell'imbarco (se con nave o traghetto), dell'accomodarsi in carrozza (se con treno).

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 – Esclusione di compensazioni alternative

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

Art. 2 – Validità Decorrenza e durata delle garanzie

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

Le garanzie valgono durante lo svolgimento del viaggio (dal momento in cui il viaggiatore inizia ad usufruire del primo servizio turistico acquistato dal Contraente al momento in cui termina di usufruire dell'ultimo servizio turistico acquistato dal Contraente).

Art. 3 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

Art. 4 – Estensione territoriale

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

L'Assicurazione è valida in ogni caso solo per gli eventi occorsi a una distanza superiore ai 50 Km dal luogo di residenza.

Art. 5 – Criteri di liquidazione dei sinistri

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

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

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

Art. 6 – Liquidazione dei danni/nomina dei periti

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale dell'Impresa. Ciascuna delle Parti sostiene la spesa del proprio Perito e metà di quella del Terzo Perito. Le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Art. 7 – Legge - Giurisdizione

Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

Art. 8 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nella singola garanzia/prestazione.

La mancata produzione dei documenti, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 9 – Clausola di cumulo

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 1.000.000,00 per evento e per polizza. Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 10 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri avvenuti durante e per effetto di:

- qualsiasi patologia - nessuna eccettuata - diversa dal COVID-19 (c.d. Coronavirus);

- situazioni non riconducibili all'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus);
- ricoveri in Day Surgery o Day Hospital;
- infortuni, malformazioni, gravidanza, interruzione di gravidanza, parto di qualsiasi genere;
- conseguenze dirette di malattie e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi, anteriormente all'adesione alla polizza; l'assicurazione è operante per l'infezione da COVID-19 (c.d. Coronavirus) non ancora manifestatasi alla data di partenza del viaggio (patologia latente), certa la non conoscenza dell'assicurato;
- check-up di medicina preventiva;
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e delle accelerazioni di particelle atomiche;
- conseguenze di guerre, eventi sociopolitici, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- viaggi verso destinazioni con misure interdittive già in vigore al momento della partenza dell'Assicurato; viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- suicidio o tentativo di suicidio.

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

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

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

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

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

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel report JCC Global Cargo presente sul sito <https://watchlists.ihsmarkit.com> che al momento della partenza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

SEZIONE III – GARANZIE OFFERTE DALL'ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1

DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19

La copertura offerta dal presente capitolo è valida a seguito di infezione da COVID-19 dell'Assicurato diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.

Art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione

A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva

del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura della prestazione di seguito indicata.

Art. 2 – Prestazione

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

CAPITOLO 2

INDENNITÀ DA CONVALESCENZA A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19

La copertura offerta dal seguente Capitolo è valida a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero in un reparto di terapia intensiva.

Art. 3 – Oggetto dell'Assicurazione

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

CAPITOLO 3

MAGGIORI SPESE E INTERRUZIONE SOGGIORNO IN CASO DI FERMO O QUARANTENA

Art. 4 – Oggetto dell'Assicurazione

Qualora a seguito di un provvedimento di fermo dell'Assicurato disposto dalle Autorità competenti per motivi sanitari (o per motivi amministrativi conseguenti a motivi sanitari, per es. inerenti i diritti formali di ingresso o transito), inclusa l'eventuale quarantena, l'Assicurato sia impossibilitato a usufruire, in tutto o in parte, dei servizi relativi al viaggio prenotato, l'Impresa rimborsa all'Assicurato quanto segue:

- in caso di fermo/quarantena trascorso in una delle strutture di soggiorno originariamente prenotate, le spese per servizi fruiti forzatamente ed eventuale prolungamento del soggiorno fino ad un massimo di € 2.000,00 per Assicurato;
- qualora non sia possibile trascorrere il fermo/quarantena in una delle strutture di soggiorno prenotate, le eventuali spese alberghiere/di soggiorno a carico dell'Assicurato entro il limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 14 giorni;
- le penali addebitate per i servizi a terra prenotati e non usufruiti entro il limite € 2.000,00 per Assicurato;
- le spese per modificare (o comprarne di nuovi nel caso non fosse possibile modificarli) i biglietti di trasporto originariamente acquistati al fine di proseguire il viaggio e/o far ritorno alla propria residenza, fino al massimo di € 2.000,00 per Assicurato ed al netto di eventuali rimborsi ricevuti dal vettore;
- un indennizzo di € 100,00 al giorno per un massimo di 5 giorni a titolo di compensazione per i disagi subiti.

Art. 5 – Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste dalle norme comuni si intendono esclusi dalla garanzia:

- le perdite conseguenti a violazione di disposizioni normative emanate da qualsiasi Autorità fino al momento della partenza dell'Assicurato;
- le perdite a seguito di rinuncia da parte dell'Assicurato alla possibile prosecuzione/riprotezione del viaggio interrotto;
- problemi inerenti documenti d'identità e/o di viaggio, visti e qualsivoglia dotazione documentale prevista dalle norme tempo per tempo vigenti.

Art. 6 – Recuperi

L'Assicurato e il Contraente si impegnano a corrispondere alla Impresa ogni importo restituito dai fornitori dei servizi turistici e/o enti,

ed i costi non sostenuti in relazione agli eventi oggetto della copertura.

SEZIONE IV – DENUNCIA DI SINISTRO E INDENNIZZO

POLIZZA NR. 600700060/W

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

- Via internet (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- Via posta inviando la corrispondenza e la relativa documentazione al seguente indirizzo:
NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - Ufficio Sinistri
Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – Centro Direzionale Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB).

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

IN CASO DI DIARIA DA RICOVERO

- Cartella clinica e copia degli eventuali accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio.

IN CASO DI INDENNITÀ DA CONVALESCENZA

- Cartella clinica e copia degli eventuali accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio.

IN CASO DI MAGGIORI SPESE E INTERRUZIONE SOGGIORNO

- documentazione attestante la quarantena disposta dalle Autorità;
- contratto di viaggio/estratto conto di prenotazione con descrizione del Pacchetto del Viaggio inizialmente previsto;
- eventuali titoli di viaggio di riprotezione con evidenza del maggior costo pagato;
- dichiarazione di non volato, emesso dal vettore aereo;
- estratti conto di penale delle quote dei servizi perduti;
- fatture di spesa relative al soggiorno forzato;
- documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori.

NOTA IMPORTANTE

Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.

L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

È necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

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

Per eventuali reclami scrivere a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Reclami

Centro Direzionale Colleoni

Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21

20864 Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

In caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21

00187 ROMA (RM).