



Polizza

**STAY
SAFE**





COSA È ASSICURATO?

ART. 8. ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni o estensioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

ART. 9. OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

La copertura sarà valida durante il Soggiorno, come definito nel Glossario, dal momento del check-in e fino al momento del check-out, fino ad un massimo di 30 giorni.



A. ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

A.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

ASSISTENZA IN VIAGGIO

I massimali indicati devono intendersi per assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti.

01 - Consulto medico telefonico -Teleconsulto

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa. La Centrale Operativa trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:

- reperimento dei mezzi di soccorso;
- reperimento di medici generici e specialisti;
- localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
- modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
- esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto. **La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.**

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

03 - Rientro dell'assicurato convalescente al proprio domicilio

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, la Società organizza e prende a proprio carico le spese di rientro.

La prestazione è operativa anche per il rientro successivo al fermo sanitario/quarantena dell'Assicurato.

MASSIMALE: ITALIA € 750,00 – Estero: € 1.250,00

SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

I massimali indicati devono intendersi per Assicurato, sinistro e periodo assicurativo, fermi i sottolimiti previsti.

MASSIMALE: € 20.000,00

CON PAGAMENTO DIRETTO - Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata. Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del viaggio, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto da parte della Centrale Operativa.

La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. La garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza.

Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero.

! Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.

A RIMBORSO - ANCHE SENZA PREVENTIVA AUTORIZZAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA, ENTRO I SOTTOLIMITI INDICATI.

a) La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.

MASSIMALE: € 500,00

b) La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche, accertamenti diagnostici, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio.

In caso di infortunio verificatosi in viaggio la Società rimborsa anche le spese per visite mediche e accertamenti diagnostici, purché effettuate nei 30 giorni successivi al rientro dal viaggio.

MASSIMALE: € 500,00

c) La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio.

MASSIMALE: € 150,00

A.2 - DECORRENZA E OPERATIVITÀ DELLA SEZIONE ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

La garanzia decorre dal momento del check-in e finisce al momento del check-out.

A.3 - FRANCHIGIA SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

L'indennizzo che, in caso di sinistro, la Società corrisponderà all'Assicurato, a termini di polizza, verrà liquidato previa detrazione di una franchigia fissa di €50,00 per sinistro.

A.5 - DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI

L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza. Inoltre:

A.5.1 - ASSISTENZA IN VIAGGIO

a) Le prestazioni di assistenza sono fornite per evento, indipendentemente dal numero di assicurati coinvolti, nei limiti dei massimali indicati e di eventuali sottolimiti;

b) le prestazioni di assistenza, nel rispetto delle specifiche condizioni di operatività, sono effettuate in considerazione dello stato di salute dell'Assicurato e dello stato di necessità, utilizzando i mezzi e le strutture che la Società ritiene, a suo insindacabile giudizio, più adeguati agli scopi;

c) la Società non potrà essere ritenuta responsabile di:

- ritardi od impedimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a cause di forza maggiore, a disposizioni delle Autorità locali o contrarie a norme e regolamenti vigenti nel luogo di erogazione della prestazione;
- errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato o da chi per esso;

d) la Società non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute.



B. COVER STAY

B.1 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di quarantena con permanenza forzata sul posto, resa necessaria per infezione dell'Assicurato e diagnosticata dalle autorità sanitarie, la Società rimborsa gli eventuali maggiori costi essenziali e indispensabili per vitto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per la permanenza forzata in loco.

! La garanzia è valida esclusivamente a seguito di infezione diagnosticata in Italia successivamente all'inizio del soggiorno in Albergo.

La Centrale Operativa procederà con pagamento diretto all'Albergo, gli importi risultanti dal corrispondente documento fiscale (fattura) entro il massimale stabilito, in seguito a presentazione della documentazione attestante il fermo sanitario dell'Assicurato disposto dalle autorità competenti.

Qualora la copertura diretta della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il massimale stabilito. **L'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.**

MASSIMALE: € 100,00 PER GIORNO, FINO AD UN MASSIMO DI 14 GIORNI.



COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 13. OBBLIGHI IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA, SPESE MEDICHE IN VIAGGIO E COVER STAY

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la **Centrale Operativa attiva 24 ore su 24**.

! Inoltre, dovrà qualificarsi come "ASSICURATO STAY SAFE" e comunicare:

- cognome e nome dell'Assicurato
- nome e città dell'albergo in cui soggiorna
- numero di polizza
- tipo di intervento richiesto
- recapito telefonico temporaneo
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 14. OBBLIGHI IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dalla data dell'evento, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, ed in particolare:

- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato.

Fornendo altresì:



• Rimborso Spese Mediche

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.

RICHIESTA DI RIMBORSO

Inviare la denuncia del sinistro e i documenti giustificativi al seguente indirizzo:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
- Travel - Ufficio Sinistri
Casella Postale 20175
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - ROMA



COSA NON È ASSICURATO

ART. 11. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Sono esclusi dall'assicurazione tutte le prestazioni qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa.

Sono altresì esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:

a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;

b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico;

c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;

d) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura;

e) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;

f) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto;

g) dolo o colpa dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio.

h) viaggio intrapreso verso un territorio in violazione, al momento della partenza, dei divieti o limitazioni (anche temporanei, a titolo esemplificativo, una quarantena) emessi da un'Autorità pubblica competente; secondo le normative in vigore.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 12. ESCLUSIONI DELLA SEZIONE ASSISTENZA E SPESE MEDICHE IN VIAGGIO (ad integrazione delle esclusioni comuni)

Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi:

a) se l'Assicurato (o chi per esso) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richiama di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospende immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;

b) pandemia (dichiarata dall'OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere l'intervento delle autorità sanitarie preposte alla gestione dell'emergenza e misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. L'esclusione non si applica in caso di Rientro dell'assicurato convalescente al proprio domicilio, in seguito a quarantena. Inoltre, l'esclusione non si applica al Consulto Medico Telefonico;

c) viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici.

I servizi di assistenza medica in presenza e l'attivazione di trasferimenti saranno previsti ove consentito dal tipo di diagnosi presunta e dai protocolli sanitari che la Centrale Operativa è tenuta a rispettare.

Non vengono erogate le prestazioni in quelle località dove per motivi politici o metereologici non è possibile prestare la garanzia.

Inoltre:

12.1 - Assistenza in Viaggio

La Società non prende in carico gli eventi conseguenti a:

a) mancato contatto con la Centrale Operativa o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della stessa;

b) viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

12.2 - Spese Mediche in Viaggio

La Società non prende in carico le spese conseguenti a:

a) cure riabilitative e prestazioni fisioterapiche;

b) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;

c) cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio);

d) interruzione volontaria della gravidanza;

e) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;

f) qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;

g) acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto;

h) le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio. La garanzia non è altresì dovuta per i sinistri provocati o dipendenti da:

- parto naturale o con taglio cesareo;
- stati patologici dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- dolo dell'Assicurato;
- abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;
- tentato suicidio o suicidio.



DEFINIZIONI

Albergo: la singola struttura alberghiera Best Western ubicata in Italia.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero l'ospite dell'albergo Best Western. Sono escluse le persone incaricate dall'autorità competente a prestare assistenza operando per la gestione dell'emergenza (a titolo esemplificativo, personale protezione civile, medici, infermieri).

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma – costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione. Nel caso di persona fisica, il soggetto maggiorenne dotato di capacità di agire.

Domicilio: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Day hospital: la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

Eestero: tutti i paesi del mondo, esclusa l'Italia.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

Franchigia: importo prestabilito in numero assoluto che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invaldità permanente o un'invaldità temporanea.

Istituto di cura: l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

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

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

Massimale: la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Residenza: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero/degenza: la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

Soggiorno: presenza di ospite registrato.

Viaggio: Il soggiorno presso una struttura alberghiera associata a Best Western; come da contratto di prenotazione. Sono escluse categorie speciali di soggiorni, con prenotazioni legate a situazioni di emergenza (a titolo esemplificativo, prenotazioni della Protezione Civile).



NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art. 1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 4. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le Prestazioni e Garanzie qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 5. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di Prestazioni o Garanzie non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 6. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 7. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.