

CONDITIONS D'ASSURANCE

POLICE N° 6003000456-Y

Filo diretto Travel

GLOSSAIRE

Dans le texte qui suit, les définitions suivantes sont applicables :

Ambulatoire : la structure ou le centre médical équipé et autorisé officiellement à fournir des services médicaux ainsi qu'un cabinet professionnel légalement adapté à l'exercice de la profession médicale individuelle ;

Annexe de régulation : le document par lequel la Société indique chaque mois au contractant le nombre des personnes annoncées et incluses dans la police d'assurance, ainsi que le montant dû de la prime correspondante à intégrer dans la prime minimale ;

Assuré : la personne dont l'intérêt est protégé par l'assurance ou toute personne qui souscrit cette police au moment de la réservation du billet ou au plus tard 30 jours avant le départ du voyage, dûment signalée à la Société

Assurance : le contrat d'assurance ;

Assistance : l'aide rapide, en espèces ou en nature, fournie à l'assuré qui se trouve en difficulté après la survenue d'un sinistre ;

Actes de terrorisme : une action dans le domaine public - y compris des formes graves de violence illégale contre une communauté (ou une partie de celle-ci) et ses biens - visant à terroriser les membres d'une collectivité organisée et/ou à en déstabiliser l'ordre établi et/ou à limiter les libertés individuelles (y compris la liberté religieuse), au moyen d'attentats, d'enlèvements, de détournements d'avions, de navires, etc. et actes similaires dès lors qu'ils sont en mesure de mettre en danger la vie des individus ;

Avarie : le dommage subi par les bagages pour cause de rupture, collision, choc contre des objets fixes ou mobiles.

Bagages : les vêtements, les articles de sport et les articles d'hygiène personnelle, le matériel photographique et vidéo, les postes de radio et de télévision et l'équipement électronique, ainsi que la valise, le sac, le sac à dos qui peuvent les contenir et que l'assuré emporte avec lui en voyage.

Centrale opérationnelle : la structure de la Société composée de techniciens et d'opérateurs, active 24 heures sur 24 tous les jours de l'année, qui garantit le contact téléphonique avec l'assuré, organise et fournit les prestations d'assistance ;

Compagnon de voyage : la personne assurée qui, bien que sans liens de parenté avec l'Assuré qui a subi l'événement, est dûment inscrite au même voyage que l'Assuré.

Contractant : la personne physique ou morale qui souscrit le contrat d'assurance ;

Hôpital de jour : l'hospitalisation sans nuitée dans un établissement de soins.

Données variables : désignent les facteurs de risque variables utilisés pour règlement de la prime et de l'ajustement connexe, soit le nombre d'assurés et/ou de biens assurés pour lesquels la couverture d'assurance est fournie et devant être communiqués par le Contractant selon les modalités prévues par le Contrat.

Domicile : le lieu d'habitation, même temporaire, de l'assuré.

Durée du contrat : la durée de validité du contrat choisie par l'assuré ;

Europe : tous les pays d'Europe et du bassin méditerranéen, à l'exclusion de la Fédération de Russie.

Étranger : tous les pays autres que ceux mentionnés dans la définition Italie.

Membres de la famille : conjoint/concubin, parents, frères, sœurs, enfants, beaux-parents, gendres, brus, grands-parents, oncles et tantes, neveux et nièces jusqu'au 3e degré de parenté, beaux-frères et belles-sœurs.

Chiffre d'affaires : le montant total réalisé par le contractant pendant la durée de la police.

Franchise : montant prédéterminé qui reste dans tous les cas à la charge de l'assuré pour chaque sinistre ;

Vol : il s'agit de l'infraction prévue à l'article 624 du Code pénal, commise par toute personne qui prend possession du bien mobile d'autrui, le soustrayant à son propriétaire, dans le but d'en tirer profit pour elle-même ou d'autres personnes ;

Panne : le dommage subi par un véhicule à cause de l'usure, d'un défaut, d'une casse, du dysfonctionnement de ses éléments (à l'exclusion de toute intervention d'entretien de routine), de nature à le rendre inutilisable par l'assuré dans des conditions normales ;

Société : Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. ;

Incendie : l'autocombustion avec développement d'une flamme ;

Accident de la route : l'événement subi par le véhicule suite à un événement imprévisible, à l'imprudance, la négligence, le non-respect des normes et règlements, en relation avec la circulation routière telle que définie par la loi, causant des dommages au véhicule de nature à le rendre inutilisable dans des conditions normales ;

Indemnisation ou indemnité : la somme due par la Société en cas de sinistre couvert par les garanties de la police ;

Accident : événement causé par un facteur imprévisible, violent et externe, qui produit des lésions physiques pouvant être objectivement constatées et qui ont pour conséquence la mort ou une invalidité permanente ou une incapacité temporaire totale ou partielle.

Intervention chirurgicale : acte médical pratiqué dans la salle d'opération d'un établissement de soins ou d'un cabinet médical équipé en conséquence, effectué par le biais d'une incision pratiquée dans les tissus ou à l'aide de sources d'énergie mécanique, thermique ou lumineuse. Dans le domaine des assurances, la réduction de fractures et de luxations sans incision est également assimilée à de la chirurgie.

Invalidité permanente : la perte ou la diminution définitive et irrémédiable, suite à un accident ou une maladie, de la capacité à accomplir tout travail rémunérateur, quelle que soit la profession exercée ;

Établissement de soins : les hôpitaux, les maisons de soins, les centres de soins à caractère scientifique (IRCCS), les cliniques universitaires, bénéficiant d'une autorisation officiellement délivrée par les autorités compétentes (conformément aux exigences légales), dans le but de fournir une assistance hospitalière. Sont exclus les établissements thermaux, les structures médicales de réhabilitation et de rééducation, les maisons de soins pour personnes âgées (EMS), les cliniques dédiées à la diététique et à l'esthétique, ainsi que les centres fournissant les prestations définies à l'article 2 de la loi n° 38 du 15/03/2010 ;

Italie : le territoire de la République italienne, la Cité du Vatican et la République de Saint-Marin.

Maladie : toute altération à l'état de santé qui n'est pas liée à un accident.

Maladie préexistante : maladie qui est la manifestation ou la conséquence directe de situations pathologiques apparues avant la souscription de la police.

Plafond : somme à concurrence de laquelle la Société répond pour chaque sinistre dans le cadre de l'assurance.

Médicaments : sont considérés comme tels les médicaments décrits dans l'annuaire italien des médicaments. Par conséquence, ne sont pas considérés comme tels les produits parapharmaceutiques, homéopathiques, cosmétiques, diététiques, galéniques, etc., même s'ils sont prescrits par un médecin ;

Monde : tous les pays du monde ;

Famille : est considéré comme telle un groupe de deux adultes avec un maximum de 2 enfants et accompagnés d'une voiture ;

Police : le document prouvant l'existence de l'assurance ;

Prime : la somme due par le Contractant à la Société ;

Prime définitive : Le montant de la prime d'assurance dû par le contractant à la Société sur la base du nombre de personnes effectivement signalées ou, en cas de prime en pourcentage, en multipliant le taux brut annuel spécifié dans la police par le chiffre d'affaires réel réalisé par le contractant pendant la durée de la police ;

Prime minimale : Le montant de la prime d'assurance dû dans tous les cas par le contractant à la Société, indépendamment du nombre de personnes effectivement signalées ou, en cas de prime en pourcentage, du volume réel du chiffre d'affaires réalisé pendant la durée de la police ;

Vol avec violences : la soustraction de biens mobiles à leur propriétaire en usant de violence ou de menace envers la personne ;

Résidence : le lieu où la personne physique ou morale a sa demeure habituelle/son siège comme indiqué dans les registres administratifs ;

Hospitalisation : le séjour hospitalier, comprenant la nuit, dans un établissement de soins - public ou privé - officiellement autorisé à fournir des soins hospitaliers ;

Risque : probabilité que survienne l'événement dommageable contre lequel l'assurance est conclue ;

Découvert : la partie du dommage indemnisable selon les conditions de la police qui reste à la charge de l'assuré pour chaque sinistre ;

Sinistre : la survenue du fait ou de l'événement dommageable contre lequel l'assurance est conclue ;

Frais du perdant : frais que la partie perdante est condamnée à rembourser à la partie gagnante dans une procédure civile ;

Taux brut : le multiplicateur à appliquer au chiffre d'affaires du Contractant avec lequel est déterminée la prime définitive ;

Tiers : généralement, ne revêtent pas le statut de tiers : a) le conjoint, les parents, les enfants de l'assuré ainsi que toute autre personne associée ou apparentée qui vit avec lui et relevant de sa situation familiale ; b) les employés de l'assuré qui subissent le dommage pendant le travail ou le service ;

Véhicule : moyen mécanique de transport conduit par l'assuré, entraîné par un moteur et destiné à circuler sur les routes, dans les zones publiques et privées. Le véhicule assuré est celui qui est identifié dans la police.

CONDITIONS DE L'ASSURANCE FILODIRETTO TRAVEL

Conditions d'assurance FILODIRETTO TRAVEL Form. 6003 (éd. 2018-12) - Dernière mise à jour 01/12/2018

L'adhésion à la présente police doit avoir lieu au moment de la réservation du billet ou au plus tard 30 jours avant le départ.

Pour les enfants entre 0 et 12 ans, la réduction de la prime d'assurance est envisagée et ne peut être appliquée seulement dans le cas ou tous les membres de la famille adhèrent à cette politique au moment de la réservation du billet. Autrement, si un membre de la famille est ajouté après la réservation du billet, le prix à payer est le prix entier par personne.

SECTION 1 - FRAIS MÉDICAUX

Pour le voyage aller : La garantie commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 24 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour : La garantie commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

ART 1.1 -. OBJET DE L'ASSURANCE

Dans la limite des plafonds par Assuré équivalents à 1 000 € en Italie et 2 000 € à l'étranger, seront remboursés les frais médicaux constatés et documentés engagés par l'Assuré pour des soins ou interventions urgents et non ajournables à la suite d'un accident ou d'une maladie non préexistante qui s'est manifestée au cours de la période de validité de la garantie.

La garantie comprend :

- les frais d'hospitalisation dans un établissement de soins ;
- les frais d'intervention chirurgicale et les honoraires médicaux à la suite de la maladie ou de l'accident ;
- les frais des visites médicales ambulatoires, des diagnostics et des examens de laboratoire (à condition qu'ils soient pertinents par rapport à la maladie ou à l'accident déclaré) ;

3 sur 20



- les frais pour les médicaments prescrits par le médecin traitant sur place (à condition qu'ils soient pertinents par rapport à la maladie ou à l'accident déclaré) ;
- les frais de soins dentaires d'urgence, uniquement suite à un accident, jusqu'à 200 € par assuré.

En cas d'hospitalisation suite à un accident ou à une maladie indemnisable selon les conditions de la police d'assurance, la centrale opérationnelle, à la demande de l'Assuré, procédera au paiement direct des frais médicaux.

L'éventuel dépassement des plafonds prévus par la police ainsi que les franchises correspondantes restent dans tous les cas à la charge de l'Assuré qui devra procéder directement au paiement sur place.

Pour les montants supérieurs à 1 000 €, l'Assuré doit demander une autorisation préalable à la centrale opérationnelle.

En cas d'accident survenu pendant la période de validité de la police uniquement, les frais médicaux supportés dans les 60 jours à compter de la date de retour à son domicile de l'Assuré seront remboursés dans la limite supplémentaire de 500 €.

ART. 1.5 - FRANCHISE ET DECOUVERT

À chaque sinistre sera appliquée une franchise absolue de 30 € restant à la charge de l'Assuré.

Pour les sinistres dont le montant est supérieur à 1 000 €, en l'absence d'autorisation de la part de la centrale opérationnelle, un découvert correspondant à 25 % du montant à rembourser sera appliqué, avec un minimum de 50 €.

Il est entendu que, pour les montants supérieurs à 1 000 €, aucun remboursement ne sera dû dès lors que l'Assuré n'est pas en mesure d'apporter la preuve du paiement effectif des frais médicaux supportés par virement bancaire ou carte de crédit.

ART. 1.3 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPECIFIQUES POUR LA GARANTIE DES FRAIS MEDICAUX

En plus des exclusions prévues par les dispositions générales des garanties, sont exclus les frais pour soins physiothérapeutiques, infirmiers, thermaux, amaigrissants et pour l'élimination de défauts physiques congénitaux, les frais liés aux lunettes, lentilles de contact, prothèses et appareils thérapeutiques, ainsi que les coûts liés à des interventions ou à des traitements de nature esthétique. L'assurance ne couvre pas les dépenses supportées pour les interruptions volontaires de grossesse, ainsi que pour les soins et les thérapies liés à la fertilité et/ou à la stérilité et/ou à l'impuissance.

SECTION 2 - ASSISTANCE À LA PERSONNE

Les prestations de service incluses dans la garantie Assistance à la personne sont offertes gratuitement.

Pour le voyage aller : La garantie commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin à minuit du 10e jour suivant le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour : La garantie commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

ART 2.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société s'engage, dans les limites convenues dans la police, à mettre immédiatement à la disposition de l'Assuré, à l'aide de personnel et d'équipements de la centrale opérationnelle, la prestation assurée si l'Assuré se trouvait en difficulté suite à la survenue d'une maladie, d'un accident ou d'un événement fortuit. L'aide peut consister en des prestations en espèces ou en nature.

ART. 2.2 - CONSEIL MEDICAL PAR TELEPHONE

Si, suite à une maladie ou un accident, il était nécessaire de vérifier l'état de santé de l'Assuré, la Société met à disposition le service médical de la centrale opérationnelle pour les contacts ou les examens nécessaires afin de répondre à la première urgence sanitaire.

ART 2.3 -. ENVOI D'UN MEDECIN EN ITALIE EN CAS D'URGENCE

Si l'assuré, en voyage en Italie, a besoin d'un médecin et ne parvient pas à en trouver, la Société, par le biais de la centrale opérationnelle, met à la disposition de l'Assuré, pendant les heures de nuit (de 20

4 sur 20



heures à 8 heures) et 24 heures sur 24 le samedi et les jours fériés, son propre service médical de garde qui garantit la disponibilité de médecins généralistes prêts à intervenir au moment de la demande. En appelant la centrale opérationnelle et suite à un premier diagnostic établi par téléphone par le médecin interne de garde, la Société enverra le médecin demandé gratuitement. En cas d'impossibilité à trouver immédiatement un médecin, et si les circonstances le rendent nécessaire, la Société organise, à ses frais, le transfert du patient aux urgences par ambulance.

ART 2.4 - RECOMMANDATION D'UN MEDECIN A L'ETRANGER

Si, sur avis médical (voir la prestation « Conseil médical par téléphone »), il s'avère nécessaire que l'Assuré se soumette à un examen médical, la centrale opérationnelle indiquera un médecin dans la zone où se trouve l'Assuré, de façon compatible avec les disponibilités locales.

ART 2.5 - SUIVI DE L'HOSPITALISATION

Si l'Assuré est hospitalisé, le service médical de la centrale opérationnelle se tient à sa disposition, en tant que point de référence, pour les éventuelles communications et informations sur l'évolution clinique à transmettre aux membres de la famille de l'Assuré.

ART. 2.6 - TRANSPORT SANITAIRE ORGANISE

Suite à un accident ou une maladie de l'Assuré qui comporte une infirmité ou des lésions ne pouvant être traitées sur place ou qui empêchent la poursuite du voyage et/ou du séjour, et après avoir éventuellement consulté le médecin local et, si nécessaire/possible, le médecin de famille, le service médical de la centrale opérationnelle organisera - après avoir reçu la documentation médicale émise sur place confirmant la nature de la pathologie - le transport ou le rapatriement sanitaire de l'Assuré. En fonction de la gravité du cas, l'Assuré sera transporté vers l'établissement hospitalier le plus approprié à son état de santé ou reconduit à son domicile.

Le transport sanitaire pourra être organisé avec les moyens suivants, à la discrétion du service médical de la centrale opérationnelle :

- avion sanitaire - avion de ligne - wagon-lit - couchette en 1e classe - ambulance - autres moyens jugés adaptés.

Si les conditions le rendent nécessaire, le transport sera effectué avec l'accompagnement de personnel médical et/ou paramédical de la centrale opérationnelle.

Le rapatriement depuis des pays hors de l'Europe (à savoir tout pays en dehors de l'Europe continentale, y compris les terres, territoires et départements d'outre-mer), à l'exclusion de ceux du bassin méditerranéen, sera effectué exclusivement par avion de ligne. Les prestations ne sont pas dues si l'Assuré ou les membres de sa famille parviennent à une sortie volontaire contre avis des médecins de la structure dans laquelle l'Assuré est hospitalisé.

ART. 2.7 - RETOUR DES MEMBRES DE LA FAMILLE OU DU COMPAGNON DE VOYAGE

En cas de transport sanitaire de l'Assuré, de transport de corps et de retour du convalescent, la centrale opérationnelle organisera et prendra en charge le retour (billet d'avion en classe touristique ou train 1e classe) des membres de la famille dès lors qu'ils sont assurés ou d'un compagnon de voyage. Cette prestation est applicable si l'Assuré est dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

ART. 2.8 - TRANSPORT DU CORPS

En cas de décès de l'Assuré au cours de la période de validité de la garantie, la centrale opérationnelle organisera le transport du corps en effectuant les formalités nécessaires et **en prenant en charge les frais** nécessaires et indispensables (traitement post-mortem, documentation cercueil de transport) jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de résidence de l'Assuré. Sont dans tous les cas exclus de la garantie les frais de recherche, de funérailles, d'inhumation et de l'éventuelle récupération du corps.

ART. 2.9 - VOYAGE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation de l'Assuré supérieure à 5 jours, la centrale opérationnelle organisera et prendra en charge le voyage A/R (avion classe touristique ou 1e classe en train), et les frais d'hébergement **jusqu'à un montant de 100 € par jour et pour un maximum de 10 jours pour un membre de la famille.**

La prestation ne sera fournie que si aucun autre membre majeur de la famille n'est présent sur place.

ART. 2.10 - ASSISTANCE AUX MINEURS

Si, à la suite d'une maladie ou d'un accident, l'Assuré ne peut pas s'occuper de ses enfants mineurs voyageant avec lui, la centrale opérationnelle met à la disposition d'un membre de la famille ou d'une autre personne désignée par l'Assuré ou éventuellement par le conjoint, un billet de train A/R en 1e classe ou un billet d'avion en classe touristique pour rejoindre les mineurs et les raccompagner à leur domicile. La prestation ne sera fournie que si aucun autre membre majeur de la famille n'est présent sur place.

ART.2.11 - RETOUR DU VOYAGEUR CONVALESCENT

Si l'état de santé de l'Assuré l'empêche de rentrer chez lui avec les moyens initialement prévus, la centrale opérationnelle organisera et la Société prendra en charge - **sous réserve de réception des documents médicaux émis sur place attestant la nature de la pathologie** - les coûts du billet de retour (en avion classe touristique ou en train 1e classe).

Cette prestation est applicable si l'Assuré se trouve dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

ART. 2.12 - PROLONGATION DU SEJOUR

La centrale opérationnelle se chargera, pour l'Assuré, les membres de sa famille ou son compagnon de voyage, s'ils sont également assurés, de l'organisation logistique pour la nuitée en raison de la prolongation du séjour due à la maladie ou à l'accident de l'Assuré, sur présentation d'un certificat médical et la **Société supportera les frais de nuitée jusqu'à un maximum de 10 jours, dans tous les cas dans la limite de 100 € par jour.**

ART. 2.13 - ENVOI URGENT DE MEDICAMENTS A L'ETRANGER

Dans la mesure du possible et dans le respect des règles régissant le transport des médicaments, et uniquement suite à un cas fortuit, un accident ou une maladie, la centrale opérationnelle procédera à la livraison des médicaments indispensables à la poursuite d'une thérapie en cours, si l'Assuré ne dispose pas de ces médicaments et qu'il lui est impossible de les obtenir sur place ou d'en obtenir l'équivalent. Dans tous les cas, le coût de ces médicaments restera à la charge de l'Assuré.

ART. 2.14 - INTERPRETE A DISPOSITION A L'ETRANGER

En cas de besoin suite à une hospitalisation à l'étranger ou à une procédure judiciaire contre l'Assuré pour comportement fautif à l'étranger, et uniquement dans les pays où des correspondants sont présents, la centrale opérationnelle organisera la recherche d'un interprète et la Société **en assumera les coûts jusqu'à 1 000 €.**

ART. 2.15 - AVANCE POUR DEPENSES DE PREMIERE NECESSITE

Si l'Assuré doit faire face à des dépenses imprévues découlant d'événements de gravité exceptionnelle et reconnue, la centrale opérationnelle procédera au paiement « sur place » des factures ou à une avance monétaire **à l'Assuré jusqu'à concurrence d'un montant de 8 000 € sur présentation** d'une garantie qui peut être fournie par un tiers du pays d'origine fournissant une couverture immédiate du prêt.

ART. 2.16 - RETOUR ANTICIPE

La centrale opérationnelle organisera, et la Société prendra en charge le coût du billet pour le retour anticipé (billet d'avion en classe touristique ou train 1e classe) de l'Assuré à son domicile, à la suite du décès avvenu ou d'un danger de mort imminent dans le pays de résidence exclusivement de l'un des membres de sa famille suivants : conjoint, fils/fille, frère/sœur, parent, beau-père/belle-mère, gendre, bru, grands-parents, oncles/tantes et neveux/nièces jusqu'au 3e degré de parenté, beau-frère/belle-sœur.

La prestation est également valable pour les dommages matériels au domicile principal ou secondaire, au cabinet professionnel ou à la société de l'assuré qui rendent sa présence indispensable et urgente.

Dans le cas où l'Assuré doit abandonner son véhicule pour rentrer à l'avance, la Société mettra à la disposition de l'Assuré un billet d'avion ou de train pour aller récupérer son véhicule ultérieurement. Les prestations sont applicables si l'assuré se trouve dans l'impossibilité d'utiliser les titres de voyage en sa possession.

ART. 2.17 - FRAIS TELEPHONIQUES/TELEGRAPHIQUES

La Société prendra en charge les éventuelles dépenses documentées rendues nécessaires pour contacter la centrale opérationnelle, **jusqu'à concurrence de 100 €.**

ART. 2.18 - TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Si l'Assuré est dans l'impossibilité de faire parvenir des messages urgents à des personnes alors qu'il en a besoin, la centrale opérationnelle veillera à relayer ces messages.

ART. 2.19 - FRAIS DE SAUVETAGE, DE RECHERCHE ET DE RECUPERATION

En cas d'accident ou de maladie, les coûts de recherche et de sauvetage sont garantis jusqu'à concurrence d'un montant de 1 500 € par personne à condition que les recherches soient effectuées par un organisme officiel.

ART. 2.20 - AVANCE POUR CAUTION PENALE A L'ETRANGER

La Société avancera à l'étranger, jusqu'à concurrence d'un montant de 25 000 €, une caution pénale imposée par l'autorité locale pour accorder la liberté provisoire de l'Assuré. Puisque ce montant ne représente qu'une avance, l'Assuré devra désigner une personne qui mettra simultanément à disposition le même montant sur un compte bancaire spécifique au nom de la Société. Dans le cas où la caution est remboursée par les autorités locales, celle-ci doit être restituée immédiatement à la Société qui, à son tour, libérera la somme bloquée évoquée ci-dessus. Cette garantie n'est pas valable pour des faits consécutifs au commerce et au trafic de drogues ou de stupéfiants, ainsi qu'à la participation de l'Assuré à des manifestations politiques.

ART. 2.21 - EXCLUSIONS ET LIMITES SPECIFIQUES POUR LA GARANTIE ASSISTANCE A LA PERSONNE

Outre les exclusions prévues par les dispositions communes aux garanties, la Société ne rembourse pas les frais engagés par l'Assuré sans autorisation préalable de la centrale opérationnelle.

Si l'Assuré ne bénéficie pas d'une ou de plusieurs prestations, la Société n'est pas tenue de fournir des indemnités ou des prestations alternatives en guise de compensation.

La Société ne reconnaît pas de remboursements ni d'indemnités compensatoires pour les services organisés par d'autres compagnies d'assurance ou d'autres organismes ou qui n'ont pas été demandés au préalable à la centrale opérationnelle et organisés par ses soins. Le remboursement peut être reconnu (dans les limites prévues dans le présent contrat) dans le cas où la centrale opérationnelle, contactée au préalable, a autorisé l'assuré à gérer de façon autonome l'organisation de l'assistance : dans un tel cas, les justificatifs originaux des frais engagés par l'assuré devront être transmis à la centrale opérationnelle.

Sont également exclues les maladies infectieuses lorsque l'assistance n'est pas permise par les normes sanitaires internationales.

ART. 2.22 - RESPONSABILITES

La Société décline toute responsabilité pour les retards ou obstacles qui peuvent survenir au cours des opérations d'assistance dans le cas d'événements déjà exclus en vertu des conditions générales et particulières et suite à :

- dispositions des autorités locales interdisant l'intervention d'assistance prévue ;
- toute circonstance fortuite ou imprévisible ;
- cas de force majeure.

ART. 2.23 - RESTITUTION DES TITRES DE VOYAGE

L'Assuré est tenu de remettre à la Société les billets non utilisés après avoir bénéficié des prestations.

SECTION 3 - BAGAGES

Pour le voyage aller : La garantie commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin à minuit du 10e jour suivant le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour : La garantie commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

ART. 3.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société garantit dans la limite d'un plafond de 500 € :

- les bagages de l'Assuré contre les risques d'incendie, de vol, de vol à la tire, de vol avec violences ainsi que de perte et d'avaries, et de non-restitution par le transporteur.
- jusqu'aux plafonds précités, mais dans tous les cas avec une limite de 300 € par personne, le remboursement des frais de renouvellement/reproduction du passeport, de la carte d'identité et du permis de conduire pour véhicules à moteur et/ou d'un permis de navigation suite aux événements décrits ci-dessus ;
- jusqu'aux plafonds précités, mais dans tous les cas avec une limite de 300 € par personne, le remboursement des frais documentés pour l'achat de vêtements de première nécessité et de produits d'usage personnel supportés par l'Assuré suite au vol de tous les bagages ou à la restitution des bagages par le transporteur plus de 12 heures après l'arrivée à destination de l'Assuré.

ART. 3.2 – EXCLUSIONS ET LIMITES SPECIFIQUES POUR LA GARANTIE BAGAGES

Outre les exclusions prévues par les dispositions communes aux garanties, sont exclus de la garantie les dommages causés par :

- faute intentionnelle, faute grave, imprudence, négligence de l'Assuré, ainsi qu'oubli ;
- emballage insuffisant ou inadapté, usure normale, défauts de fabrication et événements climatiques ;
- les ruptures et les dommages aux bagages, à moins qu'ils ne soient la conséquence d'un vol, d'un vol avec violences, d'un vol à la tire ou qu'ils soient causés par le transporteur ;
- vol des bagages contenus à l'intérieur du véhicule qui n'est pas verrouillé correctement ainsi que le vol de bagages situés à bord de véhicules motorisés ou sur des porte-bagages extérieurs. Est en outre exclu le vol entre 20 heures et 7 heures si les bagages ne sont pas placés à bord d'un véhicule verrouillé dans un parking surveillé ;
- argent, cartes de crédit, chèques, titres et collections, échantillons, documents, billets d'avion et tout autre document de voyage ;
- bijoux, pierres précieuses, fourrures et tout autre objet précieux laissé sans surveillance.
- les biens achetés pendant la période de validité de la police sans justificatifs valables (facture, reçu, etc.).
- les biens, autres que les articles d'habillement et les valises, sacs et sacs à dos qui ont été livrés à la société de transport, transporteur aérien compris ;

Sans préjudice des sommes assurées et du plafond remboursable de 400 € par objet, le remboursement est limité à 50 % pour les bijoux, pierres précieuses, montres, fourrures et tout autre objet précieux, équipements photo-vidéo, appareils radio/TV et équipements électroniques.

Chaque élément des équipements photo-vidéo (objectifs, filtres, flash, batteries, etc.) est compté comme objet individuel.

ART. 3.3 - CRITERES DE DEDOMMAGEMENT

Le remboursement aura lieu sur la base de la valeur à neuf des biens dûment justifiée (facture ou reçu) achetés neufs au cours des trois mois précédant le sinistre ; dans le cas contraire, le remboursement tiendra compte de la dévaluation et de l'état d'usure.

Pour les biens achetés au cours de la période de validité de la présente police, le dédommagement éventuel ne sera versé que si l'Assuré est en mesure de présenter un justificatif d'achat officiel.

ART. 3.4 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

Sous risque de perdre le droit à l'indemnisation, l'Assuré est tenu de déposer plainte auprès de l'autorité compétente (capitaine du navire ou commissaire de bord) en se faisant remettre le document original. Pour les dommages subis pendant le transport aérien, la plainte doit être adressée au bureau de l'aéroport approprié (P.I.R. - PROPERTY IRREGULARITY REPORT). L'assuré est également tenu d'émettre au préalable une demande de dédommagement au transporteur aérien et de fournir à la Société l'original de la lettre de réponse du transporteur. La Société remboursera l'Assuré uniquement après présentation de la documentation requise complète permettant l'évaluation du sinistre.

SECTION 4 - ASSISTANCE AU VÉHICULE

Pour le voyage aller : La garantie commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin à minuit du 10e jour suivant le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour : La garantie commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

ART. 4.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société organisera et gèrera par le biais de la centrale opérationnelle les services mentionnés à l'article 4.2 ci-dessous, prévus en cas de panne ou d'accident touchant le véhicule, étant établi que tous les coûts découlant de la réparation du véhicule (en raison d'une panne et/ou d'un accident, d'un vol) seront toujours dans tous les cas à la charge de l'Assuré.

ART. 4.2 - SECOURS ROUTIER ET REMORQUAGE

Si le véhicule est immobilisé suite à une panne ou à un accident, la centrale opérationnelle envoie, 24 heures sur 24, le véhicule de secours à l'endroit de l'immobilisation, et la Société en supportera les coûts correspondants, pour remorquer la voiture au centre d'assistance du fabricant ou au garage le plus proche, ou pour réaliser éventuellement de petites interventions sur place qui permettront au véhicule de reprendre la route de manière autonome. Les coûts des pièces de rechange éventuellement utilisées pour effectuer les petites interventions sur place et tout autre frais de réparation sont à la charge de l'Assuré.

En outre, le coût de l'intervention de secours sera à la charge de l'Assuré si la panne ou l'accident se produisent en dehors du réseau routier public ou des zones équivalentes (parcours en circuit ou hors route).

Si le véhicule est immobilisé sur autoroute, l'Assuré devra faire intervenir un véhicule de secours autorisé, puis en informer la centrale opérationnelle par téléphone. Cette communication est obligatoire pour obtenir le remboursement de la prestation de secours, de la part de la centrale opérationnelle à réception du reçu délivré par le dépanneur autorisé.

ART. 4.3 - ENVOI DE PIÈCES DE RECHANGE

La centrale opérationnelle procédera à la recherche et à l'envoi des pièces de rechange nécessaires à la réparation du véhicule, si elles ne sont pas disponibles à l'endroit de la panne ou de l'accident. En cas d'envoi par avion, les pièces de rechange seront envoyées à l'aéroport le plus proche de l'endroit où se trouve le véhicule. Dans tous les cas, le prix d'achat des pièces de rechange et les frais de douane seront à la charge de l'Assuré.

ART. 4.4 - RETOUR A LA RESIDENCE ET/OU ABANDON DU VEHICULE

La centrale opérationnelle organisera le retour au domicile de l'Assuré, du véhicule suite à une panne, un accident, retrouvé après un vol si plus de 5 jours ouvrables sont nécessaires pour les réparations, le tout dans la limite des coûts pour la Société équivalents à la valeur du véhicule après le sinistre. Seront à la charge de la Société les frais de garde du véhicule à partir du moment du sinistre et jusqu'à son retour, avec un maximum de 50 €. Si les dépenses prévues pour les réparations ne sont pas rentables ou en tout cas supérieures à la valeur du véhicule après le sinistre, la garantie ne sera pas applicable et la Société se limitera à couvrir les frais d'abandon légal.

ART. 4.5 - POURSUITE DU VOYAGE - VOITURE DE REMPLACEMENT

Si le véhicule devait être indisponible pour cause de panne, d'accident, retrouvé après un vol, pour une période supérieure à 3 jours ouvrables pour les réparations nécessaires, la centrale opérationnelle mettra à disposition de l'Assuré et des autres passagers un titre de transport (avion en classe touristique ou train en première classe) ou, en alternative, une voiture de location du groupe C, selon les horaires d'ouverture des stations de location de voiture, sans chauffeur pour un maximum de 7 jours avec kilométrage illimité pour se rendre au lieu de destination. Sont exclus les frais de carburant, les assurances non obligatoires et les éventuelles franchises.

ART. 4.6 - RETOUR DE L'ASSURE ET DES AUTRES PASSAGERS

Si l'Assuré n'a pas bénéficié des prestations visées à l'article 4.5 ci-dessus, la centrale opérationnelle mettra à disposition de l'Assuré et des autres passagers un titre de transport pour le retour à la résidence (avion en classe touristique ou train en première classe) ou, en alternative, une voiture de location du groupe C, selon les horaires d'ouverture des agences de location de voiture, sans chauffeur pour un maximum de 7 jours avec kilométrage illimité pour se rendre à la résidence. Sont exclus les frais de carburant, les assurances non obligatoires et les éventuelles franchises.

ART. 4.7 - PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE RECUPERATION DU VEHICULE

Si l'Assuré n'est pas en mesure de rentrer à son domicile avec le véhicule touché par la panne ou l'accident, suite à l'un des événements visés aux articles 4.4, 4.5, 4.6, la centrale opérationnelle mettra à sa disposition, une fois les réparations effectuées, un titre de transport en aller simple pour permettre à l'Assuré de se rendre à l'endroit où se trouve le véhicule pour le récupérer.

ART. 4.8 - FRAIS D'HOTEL

Si le véhicule est immobilisé suite à une panne ou un accident et que la réparation ne peut avoir lieu que le lendemain, ou qu'il a été volé, obligeant les passagers qui sont loin de leur domicile à un arrêt forcé, la Société prendra en charge le séjour à l'hôtel pour tous les occupants du véhicule pour une nuitée et un petit déjeuner jusqu'à un maximum de 100 € par personne. Les frais autres que ceux mentionnés ci-dessus restent à la charge de l'Assuré.

ART. 4.9 - CONDUCTEUR

La centrale opérationnelle mettra à disposition un conducteur pour remplacer l'Assuré malade ou accidenté, à condition qu'il n'y ait pas d'autre passager à bord détenteur du permis de conduire. Le conducteur est mis à disposition pour un maximum de trois jours pour conduire dans les plus brefs délais le véhicule de l'Assuré à la première destination prévue du voyage ou au domicile de l'Assuré.

ART. 4.10 - AVANCE POUR DEPENSES DE PREMIERE NECESSITE'

Si l'Assuré doit faire face à des dépenses imprévues en raison d'une panne ou d'un accident de véhicule, la centrale opérationnelle procédera au paiement sur place des factures ou à une avance monétaire à l'Assuré lui-même, jusqu'à concurrence de 500 €. Pour bénéficier de cette avance, qui devra être restituée à la centrale opérationnelle dans les 30 jours suivant le retour à son domicile, l'Assuré devra apporter des garanties bancaires ou autres, jugées appropriées par la centrale opérationnelle. Dans tous les cas, la garantie ne sera pas applicable dans les pays où il n'y a ni filiale ni correspondants de la centrale opérationnelle et si le transfert éventuel de fonds à l'étranger implique une violation des dispositions monétaires.

ART. 4.11 - AVANCE DE CAUTION PENALE

En cas d'accident de la route du véhicule assisté, la centrale opérationnelle pourra anticiper le montant de la caution pour la libération provisoire du conducteur à concurrence de 5 000 € moyennant des garanties bancaires jugées satisfaisantes par la centrale opérationnelle. Dans le cas où le conducteur serait retenu par l'autorité judiciaire suite à une condamnation, le montant anticipé, en l'absence de comparution ou pour tout autre cas, devra être remboursé à la centrale opérationnelle dans les 2 mois suivant l'avance.

ART. 4.12 - EXCLUSIONS

en plus des exclusions indiquées dans les conditions générales, sont exclus :

- a) les véhicules immatriculés pour la première fois depuis plus de 8 ans ;
- b) les véhicules de plus de 3,5 tonnes ;
- c) les véhicules non terrestres et non immatriculés officiellement ;
- d) les véhicules loués ou destinés au transport public ;

SECTION 5 - ANNULATION DU BILLET TOUTS RISQUES

La garantie annulation du billet est valable aussi bien pour le voyage d'aller que pour le retour, et prend effet dès le moment où le billet est réservé et jusqu'au moment de l'embarquement (à l'aller et/ou au retour).

ART. 5.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

La Société rembourse à l'Assuré la pénalité contractuellement appliquée par le Contractant conformément aux Conditions Générales de Transport pour l'annulation du billet par l'Assuré en cas de conséquence de circonstances imprévisibles n'existant pas avant le moment de la réservation du billet, déterminées par : **Décès, maladie ou accident de l'assuré ou du compagnon de voyage de son conjoint ou de son cohabitant "more uxorio", parents, frères et sœurs, enfants, beaux-parents, enfants, grands-parents, grands-parents, oncles et petits-enfants jusqu'au 3ème degré , beaux-frères , Copropriétaire de la compagnie assurée ou**

du supérieur direct, de manière à amener l'assuré à ne pas entreprendre le voyage en raison de son état de santé ou de la nécessité de porter assistance aux personnes malades ou blessées susmentionnées. Des dommages matériels au domicile, à l'étude ou à l'entreprise de l'assuré ou des membres de sa famille qui rendent sa présence indispensable et à ne pas manquer; Impossibilité pour l'assuré de se rendre au lieu de départ à la suite de graves catastrophes naturelles déclarées par les autorités compétentes; Défaillance ou accident du moyen de transport utilisé par la personne assurée pour l'empêcher d'atteindre le port d'embarquement; Convocation à la Cour ou convocation auprès du Juge du Peuple de l'Assuré après la réservation; Vol des documents de l'Assuré nécessaires à l'expatriation, lorsqu'il est prouvé l'impossibilité matérielle de leur reconstruction à temps pour le départ; Impossibilité de profiter des vacances déjà planifiées par l'Assuré à la suite d'un nouvel emploi ou d'un licenciement par l'employeur; Impossibilité d'effectuer le voyage en raison du changement de date: la session d'examens ou de qualification pour l'exercice d'une activité professionnelle ou la participation à un concours public;

En cas de sinistre impliquant plusieurs membres assurés inscrits au même voyage, la Société remboursera tous les membres de la famille concernée et un seul compagnon de voyage à la condition qu'ils soient également assurés. La garantie comprend également les annulations par l'Assuré en raison d'actes terroristes survenus dans la localité de l'embarquement du bateau au cours des 3 jours précédant le départ de celui-ci.

ART. 5.2 - PLAFOND, DECOUVERT, FRANCHISE

L'assurance est accordée jusqu'à concurrence du coût total du billet, y compris les taxes et les frais d'embarquement et de débarquement, sans déduction d'aucun découvert ni franchise.

ART 5.3 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'assuré doit immédiatement informer la compagnie de navigation de l'annulation formelle du voyage et adresser une réclamation écrite à la Compagnie dans les 3 jours suivant l'événement et, en tout cas, à la date de début du voyage si cela se passe après la date de début du voyage. La plainte doit être envoyée par les moyens suivantes:

- Par Internet (sur le site www.nobis.it, rubrique "Rapports en ligne") en suivant les instructions.

- Par correspondance à l'adresse suivante: Nobis Insurance Company Spa - Bureau des réclamations, Via Gian Bartolomeo Colleoni 21 - Bureau des réclamations - 20864 AGRATE BRIANZA (MB) fournissant les informations suivantes:

- Nom et prénom, adresse, numéro de téléphone, code fiscal, numéro de police, lieu de domicile actuel, billet original, cause de l'annulation et tous les documents connexes.

La compagnie se réserve le droit d'envoyer son fiduciaire certifier que les conditions de l'assuré sont telles qu'elles empêchent le départ.

Le non-respect des obligations surmentionnées et / ou si le mandataire de la société vérifie que les conditions de l'assuré ne sont pas de nature à empêcher son départ et / ou en cas de non-production par l'assuré des documents nécessaires pour que la société une évaluation correcte de la demande de remboursement peut entraîner la perte totale ou partielle du droit au remboursement.

IMPORTANT : L'indemnité revenant à l'Assuré est égale au montant de la révocation (c'est-à-dire la sanction prévue dans le contrat de voyage, en cas d'annulation), calculé à la date à laquelle l'événement est survenu, donc à l'apparition des circonstances qui ont provoqué l'impossibilité d'entreprendre le voyage. Toute pénalité supplémentaire facturée par le Contractant suite à un retard de l'Assuré à signaler l'annulation du billet au Contractant et/ou à l'agence de voyages restera à la charge de l'Assuré.

ART.5.4 - EXCLUSIONS ET LIMITES VALABLES POUR LA GARANTIE ANNULATION DU BILLET

- Faute intentionnelle et faute grave de l'Assuré ;
- état de guerre, révolution, émeutes ou mouvements populaires, pillages, vandalisme, grèves ;

- tremblements de terre, inondations et autres phénomènes météorologiques déclarés catastrophes naturelles, ainsi que les phénomènes apparus en relation avec la transformation ou l'ajustement énergétique de l'atome, qu'ils soient d'origine naturelle ou artificielle ;
- suicide ou tentative de suicide ;
- faillite du transporteur ou de l'agence où le billet a été acheté ;
- annulation du voyage par la compagnie maritime.

SECTION 6 - ACCIDENTS PENDANT LE VOYAGE

Pour le voyage aller, la garantie accidents commence à courir 48 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 12 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

Pour le voyage de retour, la garantie accidents commence à courir 12 heures avant l'heure officielle d'embarquement (sur la base de l'heure réelle de départ du navire), est valable dès le début du trajet de l'Assuré pour rejoindre le port d'embarquement et prend fin 48 heures après le débarquement de l'Assuré (sur la base de l'heure réelle d'arrivée du navire).

ART. 6.1 - OBJET DE L'ASSURANCE

L'assurance s'applique aux accidents que l'Assuré subit pendant la pratique d'activités qui ne sont pas à caractère professionnel, pendant la période d'effet de la garantie et dans la limite d'un plafond égal à 10 000 €.

Sont considérés comme accidents les événements dus à des causes fortuites, violentes et externes, qui provoquent des blessures corporelles objectivement vérifiables et qui ont pour conséquence la mort ou une invalidité permanente.

Sont assimilables à un accident :

- a) l'asphyxie sans origine morbide ;
- b) les intoxications aiguës résultant de l'ingestion ou de l'absorption accidentelle de substances ;
- c) le froid ou le gel ;
- d) les coups de soleil ou de chaleur ;
- e) l'électrocution ;
- f) les affections et les empoisonnements causés par des morsures d'animaux et des piqûres d'insectes ;
- g) les lésions musculaires causées par les efforts, à l'exception des hernies traumatiques ou d'effort, des crises cardiaques et des ruptures sous-cutanées des tendons.

ART. 6.2 - DECES

Si l'accident a le décès pour conséquence, la Société verse la somme assurée aux héritiers de l'Assuré.

Si, à la suite d'un accident indemnizable selon les conditions de la police, le corps de l'Assuré n'est pas retrouvé et que le décès est présumé s'être produit, la Société versera aux bénéficiaires indiqués dans la police le capital prévu en cas de décès.

Le versement n'aura pas lieu avant l'expiration d'un délai de 6 mois à compter de la présentation de la demande pour la déclaration de décès présumé conformément aux articles 60 et 62 du Code civil italien.

Il est entendu que si, après le paiement de l'indemnité par la Société, il s'avère que l'Assuré est vivant, la Société aura droit au remboursement de la somme payée. Une fois la restitution faite, l'Assuré pourra faire valoir ses droits pour l'invalidité permanente éventuellement subie.

L'indemnisation en cas de décès ne peut être cumulée avec l'indemnisation en cas d'invalidité permanente.

Par conséquent, si, après le versement de l'indemnité pour invalidité permanente, l'Assuré décède à la suite du même accident, la Société, uniquement dans le cas où le capital garanti en cas de décès est supérieur à celui de l'invalidité permanente, versera une indemnité supplémentaire pour couvrir la différence entre l'indemnité de décès et celle déjà versée pour invalidité permanente.

ART. 6.3 - INVALIDITE PERMANENTE

Si l'accident a pour conséquence une invalidité permanente totale et définitive, la Société paiera la totalité du montant assuré pour invalidité permanente.

Si l'accident a pour conséquence une invalidité permanente et définitive partielle, l'indemnité est calculée sur la base de la somme assurée, proportionnellement au degré d'invalidité établi selon les critères et

pourcentages prévus à l'annexe 1) du décret présidentiel n° 1124 du 30/06/1965 (loi consolidée sur l'assurance obligatoire contre les accidents du travail).

Il est convenu que l'indemnité d'invalidité permanente ne sera pas versée si elle est égale ou inférieure à 10 % du total.

ART. 6.4 - CLAUSE DE CUMUL

Il est entendu que, en cas d'événement qui affecte plusieurs Assurés auprès de la Société, le déboursement maximal de sa part ne peut dépasser le montant de 100 000 € par événement.

Si le capital assuré total dépasse les limites indiquées ci-dessus, les indemnités revenant à chaque Assuré seront réduites proportionnellement.

ART. 6.5 - EXCLUSIONS ET LIMITES VALABLES POUR LA GARANTIE ACCIDENTS

Pour la garantie Décès et Invalidité Permanente, sont exclus les accidents résultant de :

- suicide ou tentative de suicide ;
- l'abus d'alcool et de psychotropes, la consommation de stupéfiants et d'hallucinogènes ;
- la pratique du parachutisme ou de sports aériens en général ;
- des opérations chirurgicales, examens ou traitements médicaux non requis par l'accident ;
- infractions intentionnelles commises ou tentées par l'assuré ;
- actes de terrorisme ou de sabotage organisé ;
- guerres ou insurrections, à l'exception de la période de 14 jours à compter du début des hostilités, si et dans la mesure où l'Assuré est surpris par l'éclatement d'événements de guerre alors qu'il se trouve à l'étranger dans un pays jusqu'alors en paix. Restent dans tous les cas exclus de la garantie les accidents résultant de la cause susmentionnée qui affectent l'Assuré sur le territoire de la République italienne, la Cité du Vatican et la République de Saint-Marin ;
- de la transmutation du noyau de l'atome et des radiations provoquées artificiellement par l'accélération de particules atomiques ou par exposition à des radiations ionisantes ;
- Sont également exclus de l'assurance les accidents survenus :
- lors de la pratique de sports impliquant l'utilisation de véhicules à moteur ;
- lors de la pratique des disciplines sportives suivantes même à caractère récréatif : athlétisme lourd, arts martiaux, escalade libre, bob ou luge de compétition, canoë-kayak en eau vive et rafting, bobsleigh, plongée sous-marine avec appareil, parachutisme, parapente, rugby ou football américain, saut en trampoline avec ski ou hydroski, escalade de rocher ou de glace au-delà du troisième degré de l'échelle U.I.A.A. (Union Internationale des Associations Alpines), ski alpin, ski acrobatique, sports aériens en général, spéléologie, plongée contrôlée par corde élastique ;
- lors de la pratique de sports qui constituent l'activité professionnelle de l'Assuré ou exercés sous l'égide des Fédérations respectives.
- lors de la pratique des activités suivantes : acrobates, gardiens et agents de sécurité publique, sapeurs-pompiers, carabiniers, contrôleurs de véhicules ou de bateaux à moteur, distributeurs d'explosifs, dompteurs, forces armées (appartenant à l'armée, la marine aéronautique), garde des finances (appartenant à), guides de montagne, mineurs, personnel chargé du traitement, de la manutention, du transport et de l'utilisation professionnelle de produits explosifs et contaminés, scaphandriers, pyrotechniciens, police (appartenant à), plongeurs de combat, pompiers.

ARTICLE 6.6 - LIMITE D'AGE

L'assurance ne s'applique pas aux personnes qui âgées de 75 ans révolus au moment de l'accident.

ART. 6.7 - RENONCIATION AU DROIT DE SUBROGATION

La Société renonce, en faveur de l'Assuré et de ses ayants droit, au droit de subrogation selon l'art. 1916 du Code civil italien, aux tiers responsables de l'accident.

SECTION 7 - ASSISTANCE À DOMICILE

Les prestations de service comprises dans la garantie assistance sont offertes gratuitement

Pour les membres de la famille de l'Assuré (conjoint/concubin, parents, frères et sœurs, enfants, beaux-parents, gendres, brus, grands-parents) qui restent en Italie, les prestations suivantes commencent à partir du jour de départ de l'Assuré et sont valables jusqu'à son retour.

ART. 7.1 - CONSULTATIONS MÉDICALES PAR TÉLÉPHONE

La Société met à disposition, via la centrale opérationnelle et 24 heures sur 24, son service médical de garde pour toute information ou suggestion à caractère médical et sanitaire.

ART. 7.2 - ENVOI D'UN MÉDECIN EN CAS D'URGENCE

La Société met à disposition, via la centrale opérationnelle, durant les heures de nuit et 24 heures sur 24 le samedi et les jours fériés, son propre service médical de garde qui garantit la disponibilité de médecins généralistes, de pédiatres et de cardiologues prêts à intervenir au moment de la demande. En appelant la centrale opérationnelle et suite à un premier diagnostic établi par téléphone par le médecin interne de garde, la Société enverra le médecin demandé gratuitement.

En cas d'impossibilité à trouver immédiatement un médecin, et si les circonstances le rendent nécessaire, la Société organisera, à ses frais, le transfert par ambulance du patient aux urgences. La Société informera sans délai l'Assuré sur l'état de santé du membre de la famille en mettant à jour ces informations dans les plus brefs délais jusqu'au retour de voyage de l'Assuré.

ART. 7.3 - REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX

Après avoir contacté la centrale opérationnelle, et dans la limite du plafond de 200 € par Assuré, les frais médicaux supportés pour des examens de diagnostic de première nécessité seront remboursés.

Cette garantie est valable exclusivement pour les membres de la famille de l'Assuré qui restent à la maison et commence à courir dès le jour du départ du voyage de l'Assuré et expire au moment du retour.

ART 7.4 - TRANSPORT PAR AMBULANCE

Si le patient a besoin d'un transport par ambulance, la Société, via la centrale opérationnelle, organise à ses frais le transfert en envoyant l'ambulance directement et en couvrant les frais de transport jusqu'à un maximum de 200 km de trajet total (aller/retour).

ART. 7.5 - SOINS INFIRMIERS

Si le patient, suite à une maladie ou un accident, a besoin de soins à domicile de la part d'infirmiers généralistes et/ou spécialisés, la centrale opérationnelle se charge de la recherche et de l'envoi de personnel, et en supporte les coûts dans la limite de 200 €. Cette garantie est valable exclusivement pour les membres de la famille de l'Assuré qui restent à la maison et commence à courir dès le jour du départ du voyage de l'Assuré et expire au moment du retour.

ART. 7.6 - LIVRAISON DE MÉDICAMENTS À DOMICILE

La centrale opérationnelle garantit, 24 heures 24, la recherche et la livraison de médicaments. Si une ordonnance est nécessaire pour le médicament, le personnel responsable passe d'abord au domicile du patient puis à la pharmacie. Seul le coût du médicament reste à la charge de l'Assuré.

ART. 7.7 - GESTION GRATUITE DE RENDEZ-VOUS

La centrale opérationnelle met à disposition sa propre base de données en relation avec le réseau de santé conventionné. Si le patient a besoin d'informations ou d'un rendez-vous pour un examen, une consultation, une hospitalisation, il lui suffit de contacter la centrale opérationnelle. En fonction des exigences spécifiques liées au type d'examen ou de consultation à effectuer, au jour et à l'heure désirés, à la région et au tarif, la centrale opérationnelle sélectionne, au moyen de la base de données, les médecins et/ou les centres conventionnés qui répondent aux besoins du patient et, en vertu des canaux d'accès préférentiels, fixe le rendez-vous pour le compte et au nom du patient.

ART. 7.8 - RÉSEAU DE SANTÉ CONVENTIONNÉ

La centrale opérationnelle, par le biais d'accords passés avec des cliniques, des centres médicaux, des cabinets médicaux, des établissements de soins généralement à l'échelle nationale, garantit l'utilisation de ce réseau pour les consultations spécialisées, les examens de diagnostic ou de laboratoire et les hospitalisations, le tout aux tarifs convenus et avantageux avec un canal d'accès préférentiel.

ART. 7.9 - ENVOI D'UN PLOMBIER POUR LES OPERATIONS D'URGENCE

Si l'Assuré a besoin de l'intervention d'un plombier suite à l'obstruction/la rupture des conduites fixes ou mobiles du système hydraulique ou hygiénique sanitaire et des inondations/infiltrations et/ou absence d'eau consécutifs dans toute l'habitation ou dans l'habitation adjacente, la centrale opérationnelle procédera à l'envoi d'un plombier 24 heures sur 24. Sont à la charge de la Société le droit de sortie, les

14 sur 20



frais de transfert de l'artisan et de la main d'œuvre jusqu'à la résolution de l'intervention d'urgence avec une limite maximale de 2 heures. Sont intégralement à la charge de l'Assuré le coût du matériel utilisé pour la réparation et l'éventuelle main-d'œuvre supplémentaire qui n'entre pas dans le cadre de la gestion de la situation d'urgence.

ART. 7.10 - ENVOI D'UN ELECTRICIEN POUR LES INTERVENTIONS D'URGENCE

Si l'Assuré a besoin de l'intervention d'un électricien en raison d'une panne de courant suite à une panne ou à un court-circuit et à une absence de lumière consécutive dans toute l'habitation, la centrale opérationnelle procédera à l'envoi d'un électricien 24 heures sur 24. Sont à la charge de la Société le droit de sortie, les frais de transfert de l'artisan et de la main d'œuvre jusqu'à la résolution de l'intervention d'urgence avec une limite maximale de 2 heures.

Sont intégralement à la charge de l'Assuré le coût du matériel utilisé pour la réparation et l'éventuelle main-d'œuvre supplémentaire qui n'entre pas dans le cadre de la gestion de la situation d'urgence.

ART. 7.11 - ENVOI D'UN SERRURIER POUR LES OPERATIONS D'URGENCE

Si l'Assuré a besoin de l'intervention d'un serrurier suite à :

- vol, perte, bris de clés ou défaillance de la serrure qui empêche l'accès à la maison ;
- vol ou tentative de vol qui compromet la fonctionnalité de la porte d'entrée de l'habitation et n'en garantit pas la sécurité ;

la centrale opérationnelle procède à l'envoi d'un serrurier, 24 heures sur 24. Sont à la charge de la Société le droit de sortie, les frais de transfert de l'artisan et de la main d'œuvre jusqu'à la résolution de l'intervention d'urgence avec une limite maximale de 2 heures.

Sont intégralement à la charge de l'Assuré le coût du matériel utilisé pour la réparation et l'éventuelle main-d'œuvre supplémentaire qui n'entre pas dans le cadre de la gestion de la situation d'urgence.

ART. 7.12 - FRAIS D'HOTEL

Si, suite à l'un des événements décrits ci-dessus ou suite à un vol, une tentative de vol, des actes de vandalisme, explosion, foudre, incendie, le logement s'avère inhabitable, la centrale opérationnelle procède à l'organisation, aux frais de la Société, du séjour à l'hôtel (nuitée et petit déjeuner) des membres de la famille de l'Assuré qui sont restés au domicile jusqu'à un maximum de 200 € par événement.

ART. 7.13 - SURVEILLANCE DU LOGEMENT ET GARDE DES BIENS

Si suite à l'un des événements décrits ci-dessus ou suite à un vol, une tentative de vol, des actes de vandalisme, explosion, foudre, incendie, il est nécessaire d'assurer la protection des biens de valeur indiqués par l'Assuré, la centrale opérationnelle procède à l'organisation de la surveillance du logement de l'Assuré par l'intermédiaire d'agents de sécurité ou procède à la garde des biens indiqués par l'Assuré.

Les frais de surveillance et de garde sont à la charge de la Société, respectivement jusqu'à un maximum de 24 heures de surveillance et jusqu'à la restauration définitive de la sécurité du logement de l'Assuré.

RÈGLES COMMUNES À TOUTES LES GARANTIES

ART. 1 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS VALABLES POUR TOUTES LES GARANTIES

Etat de guerre, révolution, émeutes ou mouvements populaires, pillage, vandalisme, actes de terrorisme à l'exception de la garantie de l'annulation du billet, grèves; Séismes, inondations, déluges et autres phénomènes atmosphériques déclarés catastrophes naturelles ainsi que des phénomènes se produisant en relation avec des transformations naturelles ou créées artificiellement ou des tassements énergétiques de l'atome; Faute intentionnelle ou négligence grave de l'entrepreneur ou de l'assuré; Voyage entrepris contre l'avis d'un médecin ou, en tout cas, avec des pathologies dans la phase aiguë ou dans le but de subir des traitements médicaux / chirurgicaux; se rendre sur un territoire soumis à une interdiction ou à une restriction (même temporaire) émise par une autorité publique compétente, des déplacements extrêmes dans des zones reculées, accessibles uniquement à l'aide de véhicules de secours spéciaux;

Pollution de toute nature, infiltration, contamination de l'air, de l'eau, du sol, du sous-sol ou de tout dommage environnemental; Défaillance du transporteur ou de tout fournisseur; Erreurs ou omissions dans la phase de réservation ou impossibilité d'obtenir un visa ou un passeport; Les maladies qui sont l'expression ou la conséquence directe de situations pathologiques chroniques, déjà connues de l'Assuré

pour se conformer à cette politique; Suicide ou tentative de suicide; Maladies dues à des complications de l'état de gestation au-delà de la 24e semaine; Interruption volontaire de grossesse, transplantation d'explants et / ou d'organes; Usage non thérapeutique de drogues ou de drogues, toxicomanie et alcoolisme, maladies liées au VIH, sida, troubles mentaux et troubles psychiques en général, y compris comportement psychotique et / ou névrotique; Epidémies de pandémie (déclarées par l'OMS), quarantaine; La pratique de sports tels que: l'alpinisme avec des montées supérieures au troisième degré, l'escalade libre (free climbing) , le saut de trampolin par ski ou l'hydroski, le ski acrobatique et extrême, le ski hors piste, le ski de montagne, le bobsleigh, le canoë-kayak en rivière au-delà du troisième degré, descente de rapides de cours d'eau (rafting), kite-surf, hydrospeed, sauts dans le vide (bumgee jumping), parachutisme, parapente, sports aériens en général, la boxe, la lutte, le football américain, le rugby, le hockey sur glace, la plongée sous-marine, l'athlétisme lourd, le trekking pratiqué à plus de 3000 mètres d'altitude; Actes de témérité; Activités sportives exercées de manière professionnelle; la participation à des compétitions ou compétitions sportives, y compris des tests et des entraînements effectués sous l'égide de fédérations; Les courses de motos, courses de bateaux à moteur, y compris les scooters des mers, les voitures de guidage et les tests et l'entraînement connexe ; Les maladies infectieuses si l'intervention de secours est empêchée par les réglementations sanitaires nationales ou internationales; Accouchement (prévu, prématuré ou non) pris pendant le voyage; Mener des activités impliquant l'utilisation directe d'explosifs ou d'armes à feu; Les événements survenus dans des pays en état de belligérance empêchent toute assistance. Il n'y a pas La possibilité d'adhérer à ces polices à plusieurs reprises afin de relever les limites des garanties spécifiques et des tas de risques prévus contractuellement n'est pas autorisée. L'adhésion à la présente police ne peut en aucun cas être émise pour prolonger un risque (par exemple, le voyage) déjà en cours et il est expressément entendu que l'adhésion à cette politique doit être obligatoire au moment de la réservation du billet ou au plus tard 30 jours avant le départ indiqué sur le billet réservé. Si l'émission n'a pas lieu dans les conditions spécifiées ci-dessus, le contrat sera réputé dénué d'effet, la Société remboursera la prime et aucun incident survenu ne sera pris en charge par la Société. Les garanties ne sont pas fournies dans l'Antarctique et dans l'Antarctique et dans les pays en état de belligérance déclarés ou de fait parmi lesquels les pays indiqués sur le site <http://watch.exclusive-analysis.com> sont considérés comme tels. /jccwatchlist.html qu'au moment de l'adhésion à la police d'assurance indique un degré de risque égal ou supérieur à "4.0". Tout de même, les pays dans lesquels l'état de belligérance a été rendu public sont considérés comme étant dans un état de belligérance déclaré ou de facto. Pour les personnes résidant à l'étranger, les garanties relatives aux frais médicaux et à l'assistance personnelle ne sont pas valables dans leur pays de résidence.

ART. 2 - EXCLUSION DE COMPENSATIONS ALTERNATIVES

Si l'Assuré ne bénéficie pas d'une ou de plusieurs prestations, la Société n'est pas tenue de lui fournir des indemnités ou des prestations alternatives en guise de compensation.

ART. 5.3 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN CAS DE SINISTRE

En cas de sinistre, l'Assuré doit en aviser par téléphone et par écrit la Société selon les modalités prévues par les garanties individuelles. Le non-respect de cette obligation peut entraîner la perte totale ou partielle du droit à l'indemnisation conformément à l'article 1915 du Code civil italien.

Art 4. - EXTENSION TERRITORIALE

L'assurance est valable dans le pays ou groupe de pays où le voyage a lieu et où l'Assuré a subi le sinistre à l'origine du droit à la prestation.

ART. 5 - CRITERES DE LIQUIDATION DES SINISTRES

Le paiement des montants contractuellement dus est effectué sur présentation des justificatifs originaux, de déclarations et de reçus dûment acquittés. Sur demande de l'Assuré, la Société lui renvoie les originaux susmentionnés après y avoir indiqué la date de liquidation et le montant versé.

Si l'Assuré a présenté l'original des justificatifs, des déclarations et des reçus à des tiers pour en obtenir le remboursement, la Société effectue le paiement de la somme due sur la base du présent contrat après

avoir prouvé les frais réellement supportés, après déduction des sommes à la charge desdits tiers. Les remboursements sont toujours effectués en euros.

La Société procédera au remboursement de l'Assuré, seulement sur présentation complète des documents nécessaires à l'évaluation du sinistre.

ARTICLE 6 - DIFFERENDS

L'évaluation du dommage sera effectuée par la Société par accord direct entre les parties ou, à défaut, établie par deux experts dont chacun est nommé par une partie. En cas de désaccord, un troisième expert sera désigné. Si l'une des deux parties ne nomme pas son expert ou en l'absence d'accord sur le choix du troisième expert, la nomination sera faite par le Président du tribunal de la juridiction où se trouve le siège social de la Société. Chacune des parties prend à sa charge les frais de son expert et la moitié de ceux du troisième expert. Les décisions sont prises à la majorité avec dispense de toute formalité légale et sont contraignantes pour les parties, qui renoncent dès maintenant à tout recours, sauf dans les cas de violence, de faute intentionnelle, d'erreur ou de violation des accords contractuels.

ART. 7 - DROIT - JURIDICTION

Les parties conviennent que le présent contrat est régi par la loi italienne. Les parties conviennent en outre que tout litige découlant du présent contrat sera soumis à la juridiction italienne.

ART. 8 - INTEGRATION DE LA DOCUMENTATION DE DECLARATION DE SINISTRE

L'Assuré prend acte et accorde expressément à Nobis Compagnia di Assicurazioni le droit de demander des documents supplémentaires en plus de la documentation indiquée dans la garantie/prestation pour faciliter la liquidation du dommage.

L'absence de production des documents relatifs au cas particulier peut conduire à la nullité totale ou partielle du droit au remboursement.

ART. 9 - OBLIGATIONS DU CONTRACTANT

Le Contractant s'engage :

- à proposer cette politique à tous les clients qui achètent un billet de bateau ;
- à fournir à tous les Assurés, au format papier ou électronique et avant la signature du contrat, les Conditions d'assurance relatives à la présente police et le glossaire correspondant ;
- à publier sur son site la synthèse des garanties d'assurance prévues par la présente police.

ART. 10 – NON-PAIEMENT – MEME PARTIEL – DE LA PRIME

Lorsque le Contractant ne paie pas la prime due à la signature du contrat ou deux ou plusieurs versements de prime ultérieurs dans les délais convenus ou ne paie pas la partie de l'ajustement de la prime variable de la manière et dans les délais convenus ou ne communique pas les données variables ou le fait d'une manière qualitative et quantitative incomplète ou avec du retard par rapport aux conditions prévues par le contrat, la Société a le droit de déclarer la suspension des effets de la couverture d'assurance par lettre recommandée avec accusé de réception, (à l'exception des services indiqués dans la garantie « Assistance à la personne », le cas échéant) à compter de la date de réception de ladite communication, mettant le Contractant en demeure et, en cas de prolongation du non-paiement dans les 15 jours suivant la réception de ladite communication, déclarer la résiliation du contrat dans les mêmes délais, constituant ainsi un manquement grave aux obligations du Contractant au titre de l'article 1455 et suivants du Code civil italien, sans préjudice de tout autre droit, y compris voué à l'indemnisation du préjudice subi. La suspension et/ou la résiliation des effets du présent Contrat prend effet et est valable pour le Contractant et pour l'Assuré, et ce dernier sera dûment informé de ce fait par le Contractant, dégageant la Société de toute responsabilité pour tout préjudice résultant du non-respect de cette obligation. À défaut de communication des données variables de règlement ou de défaut de paiement de la prime d'ajustement dans les délais convenus, sous réserve de la suspension de la garantie, il est expressément convenu que les éventuels sinistres survenus au cours de la période à laquelle se rapporte l'absence de règlement ne seront pas indemnisés et/ou liquidés par la Société au Contractant et/ou à l'Assuré. De même - si l'un des événements visés dans le présent article survient et n'est pas suivi d'une définition immédiate et complète de la position débitrice du Contractant - la Société se réserve le droit de régler les sinistres au prorata des encaissements effectivement enregistrés.

ART. 11 - EFFETS VIS-A-VIS DE L'ASSURE

Le Contractant s'engage à informer l'assuré, au moment de son adhésion à la police, que la garantie d'assurance prévue dans le présent contrat sera suspendue par la Société, en plus des hypothèses prévues par la législation en vigueur, lors de la survenue des hypothèses visées à l'art. 10, soit par exemple dans le cas où le Contractant n'effectue aucune communication concernant les données variables et/ou s'il l'effectue dans une mesure insuffisante en qualité et en quantité ou en retard par rapport aux délais contractuels, permettant à la Société de déclarer la résiliation du contrat en cas de persistance de la non-exécution. Cela est également valable dans les hypothèses de non-paiement de la prime et/ou des mensualités subséquentes aux échéances mensuelles prévues, ou des sommes dues à l'ajustement de la part du Contractant, et dans tous les cas où le Contractant a manqué à ses obligations en vertu du présent contrat. Le contractant s'engage en outre à informer l'Assuré des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article précédent et de dégager la Société de toute responsabilité contre toute réclamation et/ou plainte lui parvenant de la part de l'Assuré.

QUE FAIRE POUR DEMANDER UN REMBOURSEMENT

Pour toute les demandes de remboursement, écrivez directement à

gnv@nobis.it

Pour toute information, vous pouvez contacter le numéro **+39 039 9890.018** actif du lundi au jeudi de 10h00 à 17h00 et le vendredi de 10h00 à 14h00.

Exclusivement pour obtenir des **services d'assistance personnelle (voir Section 2)**, vous pouvez contacter le numéro de téléphone suivant:

+ 39/039/9890.702

La compagnie se réserve le droit d'envoyer son fiduciaire certifier que les conditions de l'assuré sont telles qu'elles empêchent le départ. Le non-respect des obligations surrmentionnées et / ou si le mandataire de la société vérifie que les conditions de l'assuré ne sont pas de nature à empêcher son départ et / ou en cas de non-production par l'assuré des documents nécessaires pour que la société une évaluation correcte de la demande de remboursement peut entraîner la perte totale ou partielle du droit au remboursement. Selon les règles générales et celles qui régissent chaque prestation, vous devez préciser clairement les dommages subis et, afin d'accélérer les délais de remboursement, vous devez joindre à la déclaration de sinistre la documentation indiquée pour chaque prestation d'assurance et résumée ci-dessous :

EN CAS D'ASSISTANCE À LA PERSONNE

- certificat de premiers secours établi sur le lieu du sinistre qui indique la pathologie, les prescriptions, le pronostic et le diagnostic médical et qui certifie le type et les modalités de la maladie et/ou de l'accident subi ;
- billet de bateau.

EN CAS DE FRAIS MÉDICAUX

- certificat de premiers secours établi sur le lieu du sinistre qui indique la pathologie, les prescriptions, le pronostic et le diagnostic médical et qui certifie le type et les modalités de la maladie et/ou de l'accident subi ;
- en cas d'hospitalisation, une copie complète du dossier médical ;
- prescription médicale et originaux des notes, factures, reçus pour les frais supportés ;
- prescription médicale pour tout achat de médicaments avec les reçus originaux des médicaments achetés.
- Billet de bateau.

EN CAS DE VOL OU DE DOMMAGES AUX BAGAGES

- billet d'avion (avec le reçu des bagages) ;
- déclaration portant le cachet de l'autorité de police du lieu où l'événement s'est produit, précisant les circonstances du sinistre et la liste des objets volés, leur valeur et la date d'achat ;
- réclamation présentée au transporteur ou à l'hôtelier éventuellement responsable ;
- lettre de réclamation envoyée au transporteur aérien avec une demande d'indemnisation et la lettre de réponse du transporteur ;
- factures, reçus des biens achetés ou perdus (sans ces éléments, liste, date, lieu d'achat et leur valeur) ;
- justificatifs des frais de renouvellement des documents d'identité le cas échéant ;
- factures de réparation ou déclaration d'irréparabilité des biens endommagés rédigée sur papier à en-tête par un concessionnaire ou un spécialiste du secteur.
- en cas de non-livraison et/ou d'endommagement de la totalité des bagages ou d'une partie de ceux-ci livrés par le transporteur aérien, P.I.R (rapport irrégularité bagage) effectué immédiatement au bureau de l'aéroport ;
- billet de bateau.

EN CAS D'ANNULATION DE VOYAGE

- en cas de maladie ou d'accident, un certificat médical attestant de la date de l'accident ou de l'apparition de la maladie, le diagnostic déterminé et la durée estimée ;
- en cas d'hospitalisation, une copie du dossier médical ;
- en cas de décès, le certificat de décès ;
- en cas d'accident du moyen de transport, une copie du constat amiable d'accident et/ou du procès-verbal des agents de police ;
- copie du billet ;
- relevé du compte de réservation et de pénalité émis par le Contractant ;
- reçus (acompte, slide, pénalité) de paiement du voyage ;

EN CAS D'ACCIDENT

- lieu, date, heure et cause du sinistre ;
- causes qui en sont à l'origine ;
- certificats médicaux ;
- le cas échéant, les procès-verbaux des autorités qui sont intervenues ;
- l'évolution de la lésion devra être attestée par des documents médicaux supplémentaires, jusqu'à la guérison complète ou la stabilisation des conséquences dues à l'accident. La Société se réserve le droit de demander tout autre document nécessaire à une évaluation correcte de la demande de remboursement.

NOTE IMPORTANTE

- Vous devez toujours fournir à la Société les originaux des factures de réparation ainsi que les originaux de toutes les dépenses engagées à la suite du sinistre.

La Société se réserve le droit de demander tout autre document nécessaire afin de procéder à une évaluation correcte du sinistre déclaré. **L'absence de production des documents énumérés ci-dessus relatifs au cas particulier peut conduire à la nullité totale ou partielle du droit au remboursement.**

- Il est nécessaire de communiquer à la Société toute modification du risque qui pourrait intervenir suite à la signature du contrat.

Rappelez-vous que le droit à l'indemnisation est échu deux ans après la dernière demande écrite concernant le sinistre parvenue à la Société (art. 2952 Code civil italien).

Important !

Dans tous les cas de sinistre, avec la documentation, l'assuré envoie à la société les références du compte courant sur lequel il souhaite que soit crédité le remboursement ou l'indemnisation (numéro de compte courant, banque, adresse, numéro d'agence, codes ABI, CAB et CIN).

Pour toute réclamation, veuillez écrire à

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Ufficio reclami (Bureau des réclamations)

Centro Direzionale Colleoni

Via Gian Bartolomeo Colleoni 21 - Bureau des réclamations - 20864 AGRATE BRIANZA (MB) -

reclami@nobis.it

en l'absence de réponse, écrire à :

IVASS – Service de protection des utilisateurs

Via del Quirinale, 21

00187 ROME (RM)