



Termini e condizioni generali dell'assicurazione di viaggio



VPPCPSA-Kiwi.com del 15/ 7/ 2023

I. PARTE DISPOSIZIONI COMUNI

Articolo 1. Disposizioni iniziali

1. Alla presente assicurazione di viaggio (di seguito solo "assicurazione") concordata tra il contraente e l'assicuratore, la INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., membro del gruppo AXA, con sede legale in Boulevard du Régent 7, 1000, Bruxelles, Belgio, iscritta nel registro delle imprese tenuto dal "Greffé de Tribunal de commerce de Bruxelles" con il numero di registrazione 0415591055, che agisce tramite la INTER PARTNER ASSISTANCE, filiale, con sede legale in Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praga 4, codice fiscale: 28225619, iscritta nel registro delle imprese tenuto dal Tribunale di Praga con il numero di pratica A 59647 (di seguito solo "assicuratore"), si applica in particolare la legge n. 89/2012, codice civile, come modificato (di seguito solo "codice civile"), e il contratto di assicurazione di cui i presenti Termini e condizioni generali dell'assicurazione di viaggio VPPCPSA-Kiwi.com del 15/ 7/ 2023 sono parte integrante (di seguito solo "condizioni di assicurazione").
2. In caso di conflitto tra le disposizioni del contratto di assicurazione e le disposizioni delle condizioni di assicurazione, il contratto di assicurazione prevale. Non si ritiene che esista un conflitto se le presenti condizioni di assicurazione o le condizioni speciali dell'assicurazione contengono precisazioni più dettagliate delle singole disposizioni.
3. L'assicurazione è disciplinata dal diritto della Repubblica ceca.
4. Le presenti condizioni di assicurazione riguardano le disposizioni generali per l'assicurazione per le spese mediche, l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione per la cancellazione del viaggio e l'assicurazione dei servizi di assistenza, mentre le condizioni specifiche per tali rischi assicurativi sono riportate nei documenti seguenti:
 - Condizioni speciali dell'assicurazione per le spese mediche SPPPLVSA-Kiwi.com del 15/7/2023;
 - Condizioni speciali dell'assicurazione di responsabilità civile SPPOSA-Kiwi.com del 15/7/2023 e/o
 - Condizioni speciali dell'assicurazione per la cancellazione del viaggio SPPSCSA-Kiwi.com del 15/7/2023 (di seguito denominate collettivamente "Condizioni speciali di assicurazione").
5. L'assicurato sceglie quali dei rischi assicurati elencati al paragrafo 4 del presente articolo saranno coperti.

Articolo 2. Oggetto dell'assicurazione

1. L'oggetto dell'assicurazione è quello di garantire la sicurezza degli assicurati durante i loro viaggi e soggiorni al di fuori del territorio del loro paese d'origine nella misura e alle condizioni stabilite nel contratto di assicurazione, nelle condizioni di assicurazione e nelle condizioni speciali dell'assicurazione.
2. L'assicurazione è concordata come assicurazione individuale a breve termine e copre le persone assicurate durante i loro viaggi di studio, di svago o di lavoro amministrativo all'estero.
3. A seconda del programma assicurativo, l'assicurazione include i seguenti rischi assicurativi:
 - a) assicurazione per le spese mediche (ASP), che può essere stipulata nella variante MEDEX60 o MEDEX200
 - b) assicurazione di responsabilità civile (ARC);
 - c) assicurazione per la cancellazione del viaggio, che può essere stipulata nella variante Storno80 (con franchigia del 20%) o Storno100 (con franchigia dello 0%);
 - d) assicurazione dei servizi di assistenza (solo per l'assicurazione per le spese mediche e l'assicurazione di responsabilità civile).

Articolo 3. Decorrenza, efficacia, scadenza dell'assicurazione, diritto alle prestazioni assicurative e periodo di assicurazione

1. L'assicurazione decorre dalla data della stipula dell'assicurazione a favore del terzo assicurato. I dettagli sulla decorrenza, la durata e la scadenza dell'assicurazione sono specificati sul documento relativo all'assicurazione concordata. L'assicurato accetta i termini e le condizioni dell'assicurazione sottoscrivendo l'assicurazione stessa.

2. L'assicurazione di ogni singolo assicurato entra in vigore dalle ore 00:00 della data indicata come decorrenza dell'assicurazione sul documento relativo all'assicurazione concordata, a condizione che il premio sia stato pagato dal contraente o dall'assicurato al contraente.
3. Il diritto del beneficiario all'indennizzo dell'assicurazione decorre dal momento del check-in dell'assicurato nell'aeroporto di partenza del primo volo indicato sul biglietto acquistato, ma non prima della data indicata come decorrenza dell'assicurazione sul documento relativo all'assicurazione concordata, e decade al momento dell'arrivo dell'assicurato nell'aeroporto di arrivo dell'ultimo volo indicato sul biglietto di ritorno acquistato, ma non oltre le ore 24:00 della data indicata come scadenza dell'assicurazione sul documento relativo all'assicurazione concordata, se precedente. Se l'assicurato possiede un biglietto di sola andata, l'assicurazione scade alle 24:00 della data indicata come scadenza dell'assicurazione sul documento relativo all'assicurazione concordata, o al momento dell'attraversamento del confine dello Stato di origine al ritorno dell'assicurato o al momento dell'arrivo dell'assicurato all'aeroporto dello Stato di origine, se precedente.
4. L'assicurazione è stipulata a tempo determinato, il periodo di assicurazione è indicato sul documento relativo all'assicurazione concordata.
5. Ogni singola assicurazione scade
 - a) alla fine del periodo di validità dell'assicurazione;
 - b) per accordo scritto tra l'assicuratore e il contraente o l'assicurato;
 - c) tramite disdetta dell'assicuratore o del contraente o dell'assicurato, ai sensi del codice civile;
 - d) in altri modi specificati nel codice civile.
6. Se la singola assicurazione scade per accordo scritto tra l'assicuratore e il contraente o l'assicurato non più tardi della data indicata come decorrenza dell'assicurazione sul documento relativo all'assicurazione concordata, l'assicuratore restituisce al contraente il premio pagato detraendo le spese associate alla conclusione dell'assicurazione, che ammontano al 20% del premio. Analogamente, il contraente dovrà rimborsare il premio pagato dall'assicurato al contraente, al netto delle spese connesse alla stipula dell'assicurazione, che ammontano al 20% del premio. Il contraente e l'assicurato sono obbligati a restituire tutti i documenti che confermano la stipula dell'assicurazione.
7. Se l'assicurazione scade durante il periodo di validità dell'assicurazione, l'assicuratore ha diritto al premio fino alla fine del periodo di assicurazione, a meno che non sia specificato diversamente nel codice civile o nel contratto di assicurazione.
8. L'assicurazione non può essere interrotta durante il periodo di assicurazione.
9. L'efficacia dell'assicurazione non può essere determinata prima della data di decorrenza.

Articolo 4. Premi e pagamenti per l'assicurazione

1. Il premio viene pagato dal contraente ed è un premio una tantum. L'importo del premio e le modalità di pagamento sono regolati dalle disposizioni del contratto di assicurazione.
2. Il premio viene determinato in base all'estensione dell'assicurazione, alla classificazione del rischio, al massimale dell'indennizzo o ad altri elementi che ne determinano l'importo.
3. Se l'importo del premio dipende dall'età dell'assicurato, per determinare l'importo del premio è determinante l'età dell'assicurato alla data di decorrenza dell'assicurazione indicata sul documento di stipula dell'assicurazione, salvo diverse indicazioni nelle presenti condizioni di assicurazione, nelle condizioni speciali dell'assicurazione o nel contratto di assicurazione.
4. L'importo e la data di scadenza del premio pagato dall'assicurato al contraente per la negoziazione dell'assicurazione sono specificati nel documento relativo alla stipula dell'assicurazione.

Articolo 5. Territorio di validità dell'assicurazione, persone assicurate

1. L'assicurazione copre i sinistri in tutti i paesi del mondo.
2. L'assicurazione non copre i sinistri che si verificano sul territorio:
 - a) dello Stato di origine dell'assicurato, a meno che le condizioni di assicurazione o le condizioni speciali dell'assicurazione non prevedano diversamente;
 - b) dello Stato di cui l'assicurato è cittadino o in cui ha la residenza permanente o è beneficiario dell'assicurazione sanitaria pubblica; se tuttavia l'assicurato ha la residenza permanente o temporanea ed è beneficiario dell'assicurazione sanitaria pubblica o di un'assicurazione simile nel suo Stato di origine, l'assicurazione copre anche i sinistri che si verificano nel paese di cui è cittadino;
 - c) dello Stato in cui l'assicurato soggiorna illegalmente.
3. L'assicurazione per la cancellazione del volo copre anche i sinistri che si verificano nello Stato di origine.

4. Nell'ambito dell'assicurazione per la cancellazione del viaggio, le persone assicurate sono il beneficiario assicurato e fino a 3 compagni di viaggio che viaggiano all'estero insieme all'assicurato
5. La persona assicurata è la persona indicata sul documento relativo all'assicurazione concordata.
6. Si possono assicurare sia i cittadini cechi che quelli stranieri.

Articolo 6. Sinistro, indennizzo, indagine sul sinistro e franchigia

1. Un sinistro è un evento accidentale coperto dall'assicurazione, come specificato nel contratto di assicurazione o nelle condizioni speciali dell'assicurazione, che si verifica durante il periodo di assicurazione e in base al quale l'assicuratore è tenuto a fornire al beneficiario l'indennizzo secondo le disposizioni delle condizioni di assicurazione.
2. Il limite superiore dell'indennizzo per le singole assicurazioni è determinato dal massimale dell'indennizzo, il cui importo è specificato nel Prospetto degli indennizzi.
3. Il massimale degli indennizzi delle singole assicurazioni indicate nel Prospetto degli indennizzi rappresenta il limite superiore dell'indennizzo per persona assicurata e per l'intero periodo di assicurazione. Il Prospetto degli indennizzi elenca anche i sottolimiti degli indennizzi e l'importo eventuale della franchigia dell'assicurato. Se nel Prospetto degli indennizzi è indicato un sottolimito degli indennizzi, l'assicuratore fornisce indennizzi fino all'importo del relativo sottolimito. Se nel Prospetto degli indennizzi è indicata la franchigia dell'assicurato, tale franchigia si applica a ogni sinistro.
4. L'assicuratore decide dell'indennizzo e del suo importo sulla base dei documenti presentati e in conformità con le condizioni di assicurazione, le condizioni speciali dell'assicurazione e il contratto di assicurazione.
5. Indagine sul sinistro
 - a) Se si verifica un sinistro per il quale il beneficiario ha diritto a un indennizzo, egli deve avvisare l'assicuratore senza indebito ritardo, dargli una spiegazione veritiera del verificarsi e dell'entità delle conseguenze di tale sinistro, dei diritti di terzi e di un'eventuale assicurazione multipla; allo stesso tempo, deve presentare i documenti necessari all'assicuratore e procedere nel modo specificato nel contratto di assicurazione, nelle condizioni di assicurazione e nelle condizioni speciali dell'assicurazione. Se il beneficiario non è anche il contraente o l'assicurato, gli obblighi di cui alle disposizioni del presente paragrafo si applicano anche al contraente e all'assicurato.
 - b) Senza indebito ritardo dopo la notifica di cui al paragrafo a) del presente articolo, l'assicuratore avvia l'indagine necessaria per stabilire l'esistenza e l'entità del suo obbligo di prestazione. L'indagine si conclude con la comunicazione dei suoi risultati al beneficiario che ha rivendicato il diritto all'indennizzo; su richiesta di tale persona, l'assicuratore le fornisce una motivazione scritta dell'importo dell'indennizzo o del suo rifiuto.
 - c) Se la notifica ai sensi dei paragrafi precedenti contiene informazioni essenziali volutamente false o grossolanamente travisate in merito all'entità del sinistro notificato, o se si omettono volutamente informazioni relative al sinistro, l'assicuratore ha diritto al rimborso delle spese ragionevolmente sostenute per indagare sui fatti in merito ai quali tali informazioni sono state comunicate o omesse. Se il contraente, l'assicurato o un altro beneficiario sostiene le spese dell'indagine o il loro aumento per violazione degli obblighi, l'assicuratore ha diritto a un adeguato rimborso.
 - d) Se sussistono ragioni legate all'indagine sul sinistro, l'assicuratore può richiedere informazioni sullo stato di salute e la determinazione dello stato di salute o della causa della morte dell'assicurato, a condizione che l'assicuratore abbia ricevuto il consenso dell'assicurato o del beneficiario in caso di morte dell'assicurato. Se l'assicurato o il beneficiario non dà il consenso all'assicuratore o lo revoca nel corso dell'indagine sul sinistro e se tale fatto ha un effetto notevole sulla determinazione dell'importo dell'indennizzo, l'assicuratore ha il diritto di ridurre l'indennizzo in proporzione all'effetto che tale fatto ha avuto sull'entità dell'obbligo di prestazione dell'assicuratore.
 - e) La determinazione di cui al paragrafo precedente si esegue sulla base di un esame da parte di un medico nominato dall'assicuratore. In questo caso, l'assicuratore paga:
 - il costo di tale visita o esame medico;
 - le spese di viaggio pari al costo di un biglietto di seconda classe per il trasporto pubblico in autobus o in treno;
 - il costo del referto medico, se richiesto.
 - f) Se l'assicuratore non richiede una visita medica, un esame o un referto medico, non sostiene le spese di tale visita, esame o referto.
6. L'indennizzo è pagabile entro 15 giorni dal completamento dell'indagine secondo i paragrafi precedenti. Se l'indagine necessaria per determinare il verificarsi di un sinistro, l'entità del sinistro o il beneficiario dell'indennizzo non può essere completata entro 3 mesi dalla data della notifica, l'assicuratore informa il notificante del motivo per cui l'indagine non può essere completata; se il notificante lo richiede, l'assicuratore gliene comunica i motivi per iscritto. L'assicuratore, su richiesta del beneficiario, è tenuto a versare un anticipo ragionevole dell'indennizzo; ciò non vale se esiste un motivo ragionevole per rifiutare l'anticipo.
7. L'indennizzo è sempre pagabile nella valuta valida nella Repubblica ceca, in EUR o in USD, secondo il tasso di cambio della Banca Nazionale Ceca valido alla data del sinistro, ad eccezione dei pagamenti diretti a strutture sanitarie straniere, parti

lese straniera o altri soggetti stranieri, a meno che non sia diversamente concordato o stipulato nelle condizioni di assicurazione o nelle condizioni speciali dell'assicurazione.

8. Se una violazione degli obblighi del contraente, dell'assicurato o di qualsiasi altra persona avente diritto all'indennizzo ha un effetto notevole sul verificarsi del sinistro, sul suo decorso, sull'aumento dell'entità delle sue conseguenze o sulla determinazione dell'importo dell'indennizzo, l'assicuratore ha il diritto di ridurre l'indennizzo in proporzione all'effetto della violazione sull'entità dell'obbligo di prestazione dell'assicuratore.
9. Se il sinistro è causato intenzionalmente dal beneficiario o su suo impulso da terzi, nessuna persona ha diritto all'indennizzo nell'ambito della presente assicurazione.

Articolo 7. Trasferimento dei diritti all'assicuratore

1. Se, in relazione a un sinistro imminente o sopravvenuto, il beneficiario, l'assicurato o la persona che ha sostenuto le spese di salvataggio gode del diritto al risarcimento dei danni o di un altro diritto simile nei confronti di un'altra persona, o se l'assicuratore ha erogato all'assicurato o al beneficiario l'indennizzo per un sinistro causato dall'azione di terzi, tale credito, compresi gli accessori, la riassicurazione e gli altri diritti connessi, passa all'assicuratore al momento del pagamento dell'indennizzo per un importo massimo pari a quello dell'indennizzo erogato dall'assicuratore al beneficiario. Ciò non vale se detta persona gode del suddetto diritto nei confronti di una persona convivente o che dipende da lei per il mantenimento, a meno che non abbia causato intenzionalmente il sinistro.
2. La persona il cui diritto è trasferito all'assicuratore deve fornire all'assicuratore stesso i documenti necessari e comunicargli tutto ciò che è necessario per la richiesta di risarcimento; in particolare, deve fornire all'assicuratore informazioni veritiere e complete sul sinistro, sul terzo verso il quale gode del diritto al risarcimento o altro diritto simile, sul suo assicuratore, sul suo eventuale rappresentante legale o su altre persone che agiscono per conto del terzo e, se del caso, sul risarcimento dei danni ricevuto dal terzo o da un altro assicuratore.
3. Se la persona il cui diritto è passato all'assicuratore avanza una richiesta di risarcimento nei confronti del terzo responsabile del verificarsi del sinistro o nei confronti dell'assicuratore del terzo, tale persona informa il terzo o l'assicuratore del terzo dell'esistenza del diritto al risarcimento dell'assicuratore ai sensi del presente articolo. La persona il cui diritto è passato all'assicuratore è inoltre obbligata ad adottare le misure necessarie per far valere il diritto dell'assicuratore nei confronti del terzo o dell'assicuratore del terzo. La persona il cui diritto è passato all'assicuratore è inoltre obbligata ad adottare tutte le misure per evitare che il diritto al risarcimento dei danni dell'assicuratore ai sensi del presente articolo decada o cada in prescrizione.
4. Se la persona il cui diritto è passato all'assicuratore compromette il trasferimento del diritto all'assicuratore, l'assicuratore ha il diritto di ridurre l'indennizzo dell'importo che avrebbe potuto altrimenti ricevere. Se l'assicuratore ha già fornito l'indennizzo, ha diritto a un rimborso fino all'importo di tale indennizzo già versato.

Articolo 8. Trattamento dei dati personali

1. L'assicuratore, in qualità di titolare del trattamento, è autorizzato a trattare i dati personali degli assicurati e dei beneficiari (di seguito denominati collettivamente "interessato") nella misura necessaria per la corretta esecuzione degli obblighi dell'assicuratore stabiliti nel contratto di assicurazione e nelle norme di legge generalmente vincolanti. L'assicuratore è autorizzato a trattare i dati personali dell'interessato per il periodo necessario a garantire i diritti e gli obblighi derivanti dal contratto di assicurazione e per il periodo di tempo risultante da norme di legge generalmente vincolanti (ad esempio la legge sull'archiviazione, la legge contro il riciclaggio dei proventi di attività criminose, le norme contabili o fiscali, ecc.)
2. Il titolare del trattamento è tenuto a:
 - adottare misure per impedire l'accesso non autorizzato o accidentale, l'alterazione, la distruzione o la perdita o il trasferimento non autorizzato di dati personali, o altri trattamenti non autorizzati o altri usi impropri dei dati personali, fermo restando che tale obbligo si applica anche dopo la cessazione del trattamento dei dati personali;
 - trattare solo dati personali veritieri e accurati;
 - raccogliere i dati personali solo nella misura necessaria per la finalità dichiarata;
 - non aggregare dati personali che sono stati raccolti per finalità diverse;
 - proteggere la privacy dell'interessato durante il trattamento dei dati personali;
 - fornire informazioni sul trattamento dei dati personali su richiesta dell'interessato.
3. Il titolare del trattamento è autorizzato a trasferire i dati personali ad altre entità (qui di seguito denominato anche "responsabile del trattamento") per le finalità e per il periodo di cui al paragrafo 1 del presente articolo.
4. Il titolare del trattamento si impegna a garantire che tutte le persone che entrano in contatto con i dati personali (in particolare i dipendenti del titolare del trattamento, i responsabili del trattamento, i dipendenti dei responsabili del trattamento) rispettino gli obblighi stabiliti dalla legge, dal contratto di assicurazione, dalle condizioni di assicurazione e dalle condizioni speciali dell'assicurazione, anche dopo la fine del rapporto contrattuale o di lavoro.

Articolo 9. Forma dei negozi giuridici, recapiti

1. I negozi giuridici volti a cambiare o terminare l'assicurazione devono essere eseguiti per iscritto.
2. La notifica di un sinistro può essere effettuata anche per telefono, per e-mail o online tramite il portale web di Saxana www.axa-assistance.cz/saxana
3. ; tuttavia, se l'assicuratore lo richiede al beneficiario, la notifica del sinistro deve essere effettuata per iscritto sull'apposito modulo dell'assicuratore.
4. La corrispondenza durante l'indagine sul sinistro può essere recapitata anche via e-mail all'indirizzo di posta elettronica dell'assicuratore e/o del beneficiario, o via fax al numero di fax dell'assicuratore e/o del beneficiario.
5. Se il beneficiario lo richiede per iscritto, l'assicuratore lo informa per iscritto del risultato dell'indagine sul sinistro o gli comunica per iscritto i motivi per cui l'indagine non può essere conclusa entro un determinato periodo di tempo.
6. Il negozio giuridico che deve avere forma scritta deve essere recapitato all'altra parte in conformità con le disposizioni del presente articolo.
7. Un negozio giuridico in forma scritta (qui di seguito denominato anche "documento") viene recapitato al destinatario:
 - a) tramite il titolare di una licenza postale, ai sensi delle norme di legge competenti, all'ultimo indirizzo conosciuto del destinatario a cui il documento è indirizzato, oppure
 - b) firmato elettronicamente secondo le norme di legge competenti, o
 - c) personalmente da un dipendente o da una persona autorizzata dall'assicuratore.
8. Le lettere, compresi i reclami, possono essere inviate per iscritto all'indirizzo del servizio di assistenza: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4, Repubblica ceca. È inoltre possibile inviare il reclamo alla Banca Nazionale Ceca, Na Příkopě 28, 115 03 Praga 1, Repubblica ceca o risolvere eventuali controversie in via extragiudiziale presso l'Ufficio del mediatore dell'Associazione ceca delle compagnie di assicurazione (www.ombudsmancap.cz) o l'Ispettorato ceco del commercio (www.coi.cz). È inoltre possibile usufruire dei servizi offerti dalla Commissione europea all'indirizzo <https://webgate.ec.europa.eu/odr>.
9. Il recapito di notifiche è regolato dalle disposizioni dell'articolo 573 del codice civile. Una notifica scritta inviata tramite fornitore di servizi postali si considera recapitata il terzo giorno lavorativo successivo all'invio; tuttavia, se è stata inviata a un indirizzo di un altro Stato, il 15° giorno lavorativo successivo all'invio.
10. Se l'accettazione del documento viene rifiutata dal destinatario, il documento si considera notificato alla data del rifiuto dell'accettazione.
11. Se il destinatario non dimora nel luogo di recapito senza informare l'assicuratore, il documento è considerato recapitato alla data in cui la corrispondenza è stata restituita come non recapitata.
12. Tutti i negozi giuridici e le notifiche riguardanti l'assicurazione devono essere eseguiti in ceco o in inglese.

Articolo 10. Definizione dei termini

Una malattia acuta è un disturbo improvviso della salute dell'assicurato che è insorto durante il periodo di assicurazione e che per sua natura minaccia direttamente la vita o la salute dell'assicurato indipendentemente dalla sua volontà e richiede un trattamento necessario e urgente. Una malattia acuta non è un disturbo della salute se la terapia è già iniziata prima della decorrenza dell'assicurazione o se il disturbo della salute si è già manifestato prima della decorrenza dell'assicurazione, anche se non è stato esaminato o trattato da un medico.

Il servizio di assistenza è una persona giuridica che fornisce servizi relativi all'assicurazione e altri servizi di assistenza al beneficiario in nome e per conto dell'assicuratore. Il servizio di assistenza rappresenta l'assicuratore al momento della rivendicazione, dell'indagine e della liquidazione dei sinistri. Il servizio di assistenza o un altro rappresentante autorizzato dall'assicuratore ha il diritto di agire per conto dell'assicuratore nell'ambito di tutti i sinistri. Indirizzo del servizio di assistenza: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 PRAGA 4.

Gli sport comuni sono le seguenti attività sportive ricreative comuni e gli sport praticati a livello ricreativo: aerobica, airsoft, acquagym, badminton, baseball, basket, corsa, sci di fondo su piste battute, bocce, bowling, bridge, pattinaggio su ghiaccio, boomerang, bungee running, bungee trampolino, curling, ciclismo, cicloturismo, dragboat, fitness e bodybuilding, floorball, footbag, calcio, frisbee, goalball, golf, pallamano, mountain bike (tranne la discesa), cheerleaders, pattinaggio in linea, equitazione, corsa su elefante o cammello, escursione su natante gonfiabile, escursione in pedalò, yoga, kayak o canoa con livello di difficoltà WW1, giochi di carte e altri giochi da tavolo, kickboxing aerobico, footbike, ciclopalla, korfbal, cricket, biliardo, biglie, culturismo, birilli, sci su piste battute, stock sport, percorsi ad ostacoli a corde basse (fino a 1,5 m), mini trampolino, ginnastica moderna, calcio-tennis, (radio) orienteering, pétanque, nuoto, beach volley, immersioni con l'uso di un autorespiratore fino a 10 metri di profondità con o senza istruttore, a condizione che la persona assicurata possieda il certificato necessario (autorizzazione) per esercitare l'attività, rafting con livello di difficoltà WW1, pesca da riva, showdown, snowboard su piste battute compresi snowpark, softball, spinning, modellismo sportivo, squash, calcio balilla, hockey da tavolo, ping-pong, streetball, nuoto sincronizzato, scacchi, scherma (classica), freccette, snorkeling, ballo da sala, tennis, tai chi, tchoukball, canottaggio, sci nautico, pallanuoto, pallavolo, escursioni o trekking su terreni non impegnativi con grado di

difficoltà massimo 1UIAA e su percorsi segnalati senza l'uso di ausili per l'arrampicata e/o il movimento e la permanenza ad altitudini fino a 3 000 metri sul livello del mare, via ferrata con livello di difficoltà A, giocoleria (diabolo, fireshow, juggling, yoyo) e altri sport con livello di rischio simile. L'assicuratore decide della pericolosità di sport e attività.

La pratica di sport comuni a livello ricreativo è coperta dalla presente assicurazione senza alcun aumento dei tassi di premio di base.

Il valore temporale è il valore dell'oggetto immediatamente prima del sinistro; si determina a partire dal prezzo dell'oggetto nuovo, tenendo conto del grado di usura o di altro deterioramento dell'oggetto o dell'aumento di valore dello stesso mediante riparazione, ammodernamento o altro.

Lo Stato di origine è lo Stato in cui l'assicurato vive in modo permanente.

Ricovero è un termine generale che indica il trattamento prolungato di più giorni di persone/pazienti in una struttura medica ospedaliera che non possono essere curati in regime ambulatoriale e che dura almeno 24 ore. Di solito si svolge in ospedale a causa di una grave lesione o di una grave malattia.

Un evento accidentale è un evento che si prevede ragionevolmente che si possa verificare durante il periodo di assicurazione, ma al momento della stipula dell'assicurazione non è evidente se e quando si verificherà.

Gli sport non assicurabili sono gli sport comuni praticati a un livello diverso da quello ricreativo e tutti gli sport non specificamente elencati come sport comuni. Per "livello diverso da quello ricreativo" si intende la pratica di sport a livello agonistico o professionale o durante competizioni sportive pubbliche organizzate e durante la preparazione ad esse.

Il beneficiario è la persona che, in seguito al sinistro, ha diritto all'indennizzo.

Una persona vicina, ai sensi dell'articolo 22 del codice civile, è un parente in linea diretta, un fratello, un coniuge, un partner ai sensi della legge sulle unioni civili; altre persone in rapporto di parentela o simile sono considerate vicine se il danno subito da una di esse fosse ragionevolmente percepito dall'altra come proprio. Si considerano persone vicine anche le persone affini e quelle che convivono in modo permanente.

Il periodo di assicurazione è il periodo per il quale l'assicurazione viene stipulata.

Un sinistro è un evento accidentale coperto dall'assicurazione, come specificato nel contratto di assicurazione o nelle condizioni speciali dell'assicurazione, che si verifica durante il periodo di assicurazione e in base al quale l'assicuratore è tenuto a fornire all'assicurato o a un terzo l'indennizzo secondo le disposizioni delle condizioni di assicurazione.

L'indennizzo è la somma di denaro che l'assicuratore è tenuto a versare se si verifica un sinistro; l'assicuratore lo versa in conformità alle disposizioni del contratto di assicurazione e alle condizioni di assicurazione.

L'assicuratore è una persona giuridica autorizzata a svolgere attività assicurative ai sensi della legge n. 277/2009 sulle assicurazioni, come modificata.

Il contraente è la persona che ha stipulato il contratto di assicurazione con l'assicuratore.

L'assicurato è una persona fisica la cui salute o altro valore di interesse assicurabile è coperto dall'assicurazione, che ha acquistato un biglietto dal contraente e ha concordato l'assicurazione attraverso il portale Web www.Kiwi.com.

L'assicurazione è un rapporto giuridico stabilito da un contratto di assicurazione, con il quale l'assicuratore si impegna nei confronti del contraente a fornire all'assicurato o a un beneficiario terzo un indennizzo se si verifica un sinistro coperto dall'assicurazione e l'assicurato si impegna a pagare un premio all'assicuratore. Ai fini delle presenti condizioni di assicurazione, per assicurazione si intende l'assicurazione per le spese mediche, l'assicurazione dei servizi di assistenza, l'assicurazione di responsabilità civile, l'assicurazione per la cancellazione del viaggio.

Lo sport professionale è il conseguimento di risultati sportivi dietro pagamento o altra remunerazione, in base a un contratto con un'organizzazione sportiva o quando la remunerazione per una determinata attività sportiva è una fonte di reddito per l'atleta. Ai fini della presente assicurazione, consideriamo sportivi professionisti anche gli altri membri della squadra sportiva.

Il Prospetto degli indennizzi è una panoramica di tutte le somme assicurative, i massimali e le franchigie concordati per i singoli rischi assicurativi nell'ambito dell'assicurazione. Il Prospetto degli indennizzi è parte integrante delle condizioni di assicurazione.

Un servizio turistico separato è l'alloggio, il noleggio di un'automobile presso un centro di noleggio auto, il biglietto preacquistato del treno/autobus o del traghetto.

Ai fini della presente assicurazione, per **viaggio di lavoro** si intende un viaggio all'estero per un incontro di lavoro o un viaggio per lo svolgimento di un lavoro, sia esso amministrativo o manuale.

La malattia cronica stabilizzata è una malattia esistente al momento della negoziazione dell'assicurazione per la quale l'assicurato non è stato ricoverato o trattato in modo urgente nei 12 mesi precedenti la negoziazione dell'assicurazione, non si è verificata alcuna alterazione dello stato di salute originario, del metodo di trattamento o dei farmaci, l'assicurato non è inabile al lavoro a causa di questa malattia, né ha in programma ulteriori esami o è in attesa dei relativi esiti, eccetto quelli degli esami di controllo di routine.

Per **sinistro** si intende un evento accidentale verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione e per il quale il beneficiario potrebbe avere diritto a un indennizzo ai sensi delle presenti condizioni di assicurazione. Se le condizioni stabilite nelle condizioni speciali dell'assicurazione sono soddisfatte, l'evento si considera un sinistro e l'assicuratore è tenuto a erogare l'indennizzo.

Un atto terroristico è l'uso della forza o della violenza, o la minaccia di usare la forza o la violenza, da parte di qualsiasi persona o gruppo di persone, da soli o in associazione con qualsiasi organizzazione o governo, commesso per ragioni o scopi politici, religiosi, ideologici o etnici, causando danni alla salute umana, a beni materiali o immateriali o a infrastrutture, incluso l'intento di influenzare qualsiasi governo, intimidire la popolazione o una parte di essa.

Un viaggio di svago è un viaggio o soggiorno ricreativo e/o per turismo; un viaggio di svago non include attività definite per il viaggio di lavoro.

La costrizione a letto è la situazione in cui le condizioni di salute dell'assicurato richiedono un riposo ininterrotto a letto e permettono all'assicurato di alzarsi dal letto solo quando assolutamente necessario.

La lesione è un'azione inaspettata e improvvisa di forze esterne o della forza corporea propria indipendente dalla volontà dell'assicurato che si è verificata durante il periodo di assicurazione e che ha causato un danno alla salute o la morte dell'assicurato.

Una competizione sportiva pubblica organizzata (di seguito denominata "competizione") è una competizione organizzata da qualsiasi organizzazione sportiva o di altro tipo, club sportivo o di altro tipo, nonché qualsiasi preparazione a tale attività o una squadra preorganizzata con lo scopo di raggiungere determinati risultati sportivi.

Con **"cure trascurate"** ci si riferisce alla situazione in cui l'assicurato non si presenta regolarmente (almeno una volta all'anno) alle visite preventive dentistiche o ginecologiche.

Articolo 11. Esclusioni dall'assicurazione

1. L'assicurazione non copre i casi in cui:

- a) l'assicurato non segue le istruzioni dell'assicuratore o del servizio di assistenza e non collabora efficacemente con loro o non fornisce i documenti richiesti dall'assicuratore o dal servizio di assistenza;
- b) l'evento dannoso poteva essere previsto o era noto al momento della stipula dell'assicurazione;
- c) l'evento dannoso è causato da suicidio, tentato suicidio o autolesionismo deliberato da parte dell'assicurato;
- d) l'evento dannoso si è verificato in relazione a disordini causati dall'assicurato o dal beneficiario o in relazione a un'attività criminale commessa da una di tali persone;
- e) l'evento dannoso si è verificato in relazione alla partecipazione attiva o passiva dell'assicurato o del beneficiario a un conflitto bellico, a missioni di pace, ad azioni di combattimento o di guerra;
- f) l'evento dannoso si è verificato in relazione alla partecipazione attiva o passiva dell'assicurato o del beneficiario a un tumulto, una manifestazione, una rivolta o un'insurrezione, violenze pubbliche, uno sciopero o un intervento o una decisione delle autorità pubbliche;
- g) l'evento dannoso si è verificato in relazione alla partecipazione attiva dell'assicurato o del beneficiario a un atto terroristico o alla preparazione di un tale atto;
- h) l'evento dannoso si è verificato durante un viaggio intrapreso dall'assicurato o dal beneficiario dopo che il ministero degli Affari esteri della Repubblica ceca, il British Foreign and Commonwealth Office, l'Organizzazione Mondiale della Sanità o un altro organismo simile ha dichiarato che non è raccomandabile per i cittadini viaggiare nel paese o nella regione in questione o è stata dichiarata zona di guerra. La presente esclusione non si applica alle raccomandazioni di dette istituzioni relative alla pandemia di COVID-19.
- i) l'evento dannoso si è verificato durante un viaggio intrapreso dall'assicurato o dal beneficiario dopo che il ministero degli Affari esteri della Repubblica ceca, il British Foreign and Commonwealth Office, l'Organizzazione Mondiale della Sanità o un altro organismo simile ha dichiarato di vietare ai cittadini di viaggiare nel paese o nella regione in questione;
- j) l'evento dannoso si è verificato in relazione a una violazione delle norme o delle misure di sicurezza del paese in questione e/o l'assicurato o il beneficiario non ha rispettato le norme di sicurezza o non aveva i dispositivi di protezione individuale adeguati al momento dell'evento (dispositivi protettivi professionali, casco per andare in bicicletta, sugli sci e lo snowboard, casco e giubbotto di salvataggio per gli sport acquatici, ecc.) o non aveva un'autorizzazione valida adeguata, ad es. la licenza per guidare veicoli a motore, la licenza per immersioni ricreative, ecc.;
- k) l'evento dannoso si è verificato in relazione alle conseguenze dell'uso di alcool o di altre sostanze stupefacenti, tossiche o psicotrope;
- l) l'evento dannoso si è verificato in relazione alla pratica di sport non assicurabili;
- m) l'evento dannoso si è verificato in relazione a un comportamento dell'assicurato o del beneficiario in violazione delle norme di legge in vigore nel paese in questione;
- n) l'evento dannoso è stato causato da o in connessione con l'energia nucleare o i rischi nucleari;
- o) l'evento dannoso è stato causato da una contaminazione chimica o biologica;

- p) l'assicurato o il beneficiario partecipa a spedizioni o viaggi in un luogo con condizioni climatiche o naturali estreme, in un luogo geograficamente remoto o in grandi aree disabitate (ad es. deserto, mare aperto, regioni polari, ecc.);
 - q) l'assicuratore non è stato in grado di indagare sull'evento dannoso perché l'assicurato o il beneficiario non ha esonerato dal segreto professionale il medico curante o un'altra istituzione nei confronti dell'assicuratore o del servizio di assistenza, su richiesta dell'assicuratore/del beneficiario o del servizio di assistenza;
 - r) se l'assicurato o il beneficiario ha impedito all'assicuratore o al servizio di assistenza di mettersi in contatto con i medici curanti o con qualsiasi altra istituzione richiesta dall'assicuratore o dal servizio di assistenza;
 - s) l'evento dannoso si è verificato maneggiando materiale pirotecnico o armi da fuoco;
 - t) se l'assicurato o il beneficiario ha consapevolmente informato in modo falso o incompleto l'assicuratore o il servizio di assistenza in merito all'evento dannoso;
 - u) l'evento dannoso si è verificato in relazione all'esercizio delle attività di un soldato, di un agente di polizia, di un membro di un'altra forza in uniforme o di un'altra forza o corpo di sicurezza e in relazione ad attività lavorative di natura manuale;
 - v) l'assicurato o il beneficiario, o un terzo su suo impulso, ha causato intenzionalmente il sinistro.
2. Ulteriori esclusioni possono essere specificate nelle condizioni speciali dell'assicurazione.
3. L'assicuratore non rimborsa inoltre:
- a) le spese sostenute dall'assicurato o da altre persone per contattare l'assicuratore o il servizio di assistenza dell'assicuratore;
 - b) qualsiasi costo per le telefonate, compresi i costi di roaming per le richiamate all'estero.

Articolo 12. Obblighi del contraente

1. Il contraente è tenuto a:
- a) pagare regolarmente e tempestivamente all'assicuratore il premio per ogni singola assicurazione in conformità con il contratto di assicurazione;
 - b) rendere noto a ciascun assicurato il contenuto delle presenti condizioni di assicurazione, del documento informativo sul prodotto assicurativo, dell'informativa per i richiedenti l'assicurazione e dell'informativa sul trattamento dei dati personali, nonché le altre informazioni relative all'assicurazione negoziata, e a fornirle all'assicurato insieme al documento relativo all'assicurazione concordata subito dopo la stipula dell'assicurazione, secondo le modalità concordate nel contratto di assicurazione;
 - c) collaborare con l'assicuratore o il servizio di assistenza nel corso della verifica dell'evento dannoso e della liquidazione del sinistro;
 - d) informare tempestivamente l'assicuratore o il servizio di assistenza di qualsiasi cambiamento relativo all'assicurazione;
 - e) in caso di modifica dell'assicurazione già stipulata, informare senza indugio gli assicurati la cui assicurazione è scaduta e quelli la cui assicurazione è stata concordata in base a tale modifica;
 - f) informare senza indugio l'assicuratore o il servizio di assistenza di qualsiasi evento dannoso di cui sia venuto a conoscenza.
2. Le disposizioni del presente articolo non pregiudicano gli obblighi del contraente ai sensi del contratto di assicurazione.

Articolo 13. Obblighi dell'assicurato e del beneficiario

1. Oltre agli obblighi previsti dal codice civile, l'assicurato è obbligato a fare in modo che il sinistro non si verifichi; in particolare, non deve violare gli obblighi volti a evitare o ridurre il pericolo che la legge gli impone.
2. Gli obblighi previsti per l'assicurato dalle disposizioni del presente articolo si applicano anche al beneficiario.
3. In caso di evento dannoso, l'assicurato ha l'obbligo di contattare in primo luogo il servizio di assistenza con la richiesta di prestazioni incluse nell'assicurazione, di informarlo dell'evento dannoso, in particolare della data e del luogo dell'evento dannoso, di comunicare all'assicuratore i dati necessari per verificare la richiesta di indennizzo, di richiedere le istruzioni del servizio di assistenza e di agire in conformità a esse. Se le condizioni oggettive del verificarsi dell'evento dannoso non permettono all'assicurato di contattare il servizio di assistenza con una richiesta di assistenza prima che i servizi siano forniti, egli è obbligato a farlo non appena le condizioni dell'evoluzione dell'evento dannoso lo permettono.
4. In caso di evento dannoso, l'assicurato è inoltre obbligato a:
- a) fare tutto il possibile per ridurre l'entità del danno e le sue conseguenze;

- b) al ritorno nello Stato di origine, notificare all'assicuratore per iscritto e senza indugio, tramite l'apposito modulo "Notifica di evento dannoso", il verificarsi dell'evento dannoso e fornire una spiegazione veritiera;
 - c) seguire le istruzioni dell'assicuratore e/o del servizio di assistenza e cooperare efficacemente con loro, adempiere ad altri obblighi imposti dall'assicuratore e/o dal servizio di assistenza dopo il verificarsi di un evento dannoso;
 - d) denunciare immediatamente l'evento dannoso alla polizia del luogo in cui si è verificato, se l'evento si è verificato in circostanze che indicano che è stato commesso un crimine o un'infrazione, e presentare il verbale della polizia all'assicuratore;
 - e) dopo il verificarsi dell'evento dannoso, procurarsi prove sufficienti dell'entità del danno tramite un'indagine della polizia o di altri organi investigativi, materiale fotografico o filmato, riprese video, testimonianze di terzi, ecc.;
 - f) rispondere in modo veritiero e completo a tutte le domande dell'assicuratore o del servizio di assistenza riguardanti l'assicurazione e l'evento dannoso e l'entità delle sue conseguenze;
 - g) consentire all'assicuratore e/o al servizio di assistenza di effettuare tutte le indagini necessarie sull'evento dannoso, determinanti per la valutazione della richiesta di indennizzo e del suo importo e fornire la necessaria collaborazione in tal senso; richiedere all'assicuratore un estratto del "Conto individuale dell'assicurato", un estratto della documentazione medica o un referto medico scritto del medico curante che indichi lo stato di salute dell'assicurato prima della decorrenza dell'assicurazione e consegnarlo all'assicuratore;
 - h) notificare senza indugio all'assicuratore che è stata avviata una procedura penale o un'altra procedura simile nei confronti dell'assicurato in relazione all'evento dannoso e informare in modo veritiero l'assicuratore sull'andamento e sui risultati di tale procedura;
 - i) esonerare il medico curante dal segreto professionale nei confronti dell'assicuratore o del servizio di assistenza allo scopo di raccogliere informazioni sullo stato di salute dell'assicurato o sulla causa della sua morte.
5. Rispettare le misure di sicurezza pertinenti del paese durante lo svolgimento delle sue attività, compreso l'uso di dispositivi di protezione individuale adeguati (dispositivi protettivi professionali, casco per andare in bicicletta, sugli sci e lo snowboard, casco e giubbotto di salvataggio per gli sport acquatici, ecc.); per lo svolgimento di attività per le quali è richiesto, è necessario o opportuno avere autorizzazioni valide adeguate, ad es. la licenza per guidare veicoli a motore, la licenza per immersioni ricreative, ecc.
6. Se l'assicuratore o il servizio di assistenza lo richiede, l'assicurato o il beneficiario è obbligato a provvedere, a proprie spese, alla traduzione ufficiale in ceco o in inglese dei documenti necessari per l'indagine sul sinistro.
7. Se l'assicurato ha un'assicurazione della stessa natura o simile con un'altra compagnia di assicurazione o un'altra istituzione simile, è obbligato a informare l'assicuratore di tale fatto.
8. Chiunque richieda prestazioni assicurative, è obbligato a presentare i documenti richiesti dall'assicuratore o dal servizio di assistenza, se hanno un impatto sulla determinazione dell'obbligo di pagamento dell'assicuratore e sull'importo e l'entità dell'indennizzo.
9. L'assicurato è obbligato a intraprendere tutte le azioni legali e di fatto necessarie per permettere all'assicuratore di esercitare un diritto di regresso nei confronti di un terzo per il risarcimento dei danni o qualsiasi altro diritto simile di cui l'assicuratore gode in relazione al sinistro o alla fornitura dell'indennizzo.
10. Altri obblighi dell'assicurato e del beneficiario possono essere specificati nelle condizioni speciali dell'assicurazione.

Articolo 14. Diritti e obblighi dell'assicuratore

1. Oltre agli obblighi stabiliti dal codice civile e dal contratto di assicurazione, l'assicuratore ha i seguenti obblighi:
- a) discutere i risultati dell'indagine sul sinistro con l'assicurato o il beneficiario o notificargli i risultati senza indebito ritardo;
 - b) richiedere, a sua discrezione, i documenti originali necessari per l'erogazione dell'indennizzo, in particolare le ricevute originali e altri documenti originali che provino le spese effettivamente sostenute dall'assicurato;
 - c) richiedere, a sua discrezione, documenti che provino che la persona che rivendica il diritto all'indennizzo sia il beneficiario ai sensi delle presenti condizioni di assicurazione;
 - d) restituire all'assicurato o al beneficiario i documenti originali consegnati all'assicuratore, la cui restituzione è richiesta dall'assicurato o dal beneficiario, ad eccezione dell'originale della prova di pagamento in base alla quale è stato versato l'indennizzo.
2. In particolare, l'assicuratore è autorizzato a:
- a) verificare l'avvenimento, lo svolgimento e l'entità dell'evento dannoso (compresa la richiesta di dichiarazioni di testimoni delle persone coinvolte, perizie o altri documenti);
 - b) richiedere ed esaminare i referti medici, gli estratti del conto individuale dell'assicurato presso le compagnie di assicurazione sanitaria.

3. Se l'assicurato o il beneficiario ha violato gli obblighi previsti dalle presenti condizioni di assicurazione o dalle condizioni speciali dell'assicurazione, l'assicuratore è autorizzato a ridurre proporzionalmente o rifiutare l'erogazione dell'indennizzo.
4. Se l'assicurato o il beneficiario ha violato gli obblighi stabiliti nelle presenti condizioni di assicurazione o nelle condizioni speciali dell'assicurazione e, di conseguenza, i costi dell'indagine sul sinistro sostenuti dall'assicuratore sono stati provocati o aumentati, l'assicuratore è autorizzato a chiedere all'assicurato o al beneficiario il rimborso di tali spese.

Articolo 15. Disposizioni finali

1. Le presenti condizioni di assicurazione sono parte integrante del contratto di assicurazione e del documento relativo all'assicurazione concordata per ogni singolo contratto di assicurazione.
2. Le presenti condizioni di assicurazione sono disponibili nelle versioni ceca, inglese, francese, tedesca, italiana e spagnola. In caso di conflitto tra le disposizioni della versione ceca e quelle di qualsiasi altra versione, prevarranno le disposizioni della versione ceca delle condizioni di assicurazione.
3. Se le presenti condizioni di assicurazione dell'assicuratore fanno riferimento a norme di legge generalmente vincolanti, si intendono le norme di legge in vigore e vigenti nella Repubblica ceca o nello Stato in cui si è verificato il sinistro.
4. Tutte le controversie derivanti da o in relazione all'assicurazione saranno risolte, se non in via amichevole dalle parti dell'assicurazione, da un tribunale competente nella Repubblica ceca in conformità con le norme di legge generalmente vincolanti.
5. Se una qualsiasi delle disposizioni delle presenti condizioni di assicurazione diventa non valida o contestata a seguito di un cambiamento nella legge generalmente applicabile, sarà applicata la legge generalmente applicabile più vicina per natura e scopo.
6. Le presenti condizioni di assicurazione sono valide a partire dal 15/ 7/ 2023.