



# POLIZZA DI ASSICURAZIONE SANITARIA PER VIAGGIO

## AVVISO IMPORTANTE

L'Assicurato è pregato di leggere la polizza per conoscere la copertura a Sua disposizione. La copertura è soggetta ad alcune limitazioni, condizioni o esclusioni. Prestare particolare attenzione alle parole con l'iniziale maiuscola. Esse hanno un significato specifico che è spiegato nella sezione Definizioni a pagina 9 della presente polizza. La presente polizza è secondaria a tutte le altre fonti di copertura (pagina 9). Le indennità dovute ai sensi di questa polizza si aggiungono al netto di qualsiasi altra copertura che l'assicurato potrebbe aver stipulato con qualsiasi altra compagnia di assicurazione o con qualsiasi altra fonte di risarcimento.

Gli importi delle indennità descritti nella Polizza si riferiscono a un periodo di 365 giorni ad eccezione dell'indennità per Ricovero psichiatrico (A6) e dell'indennità per le Spese psichiatriche (A7) le quali sono soggette ad un massimale a vita. Independentemente dal numero di polizze acquistate dall'Assicurato in un periodo di 365 giorni, gli importi delle indennità si rinnovano unicamente alla scadenza dei 365 giorni dalla Data di decorrenza della polizza originale acquistata e, da quel momento in poi, a ogni scadenza annua.

Un'esclusione per Condizione pre-esistente si applica alle Condizioni mediche pre-esistenti al Periodo di copertura dell'Assicurato (pagina 1). Verificare se l'esclusione per Condizione pre-esistente (pagina 6) sia applicabile all'Assicurato.

In caso di Malattia, all'atto della presentazione di una richiesta di indennizzo verrà presa in esame l'anamnesi pregressa.

L'Assicurato ha l'obbligo di informare l'Amministratore prima di sottoporsi a un Trattamento come descritto a pagina 11. Le indennità saranno limitate se l'Assicurato non contatta l'Amministratore entro il periodo di tempo specificato.

### DIRITTO DI VERIFICA

L'Assicurato può annullare questa polizza entro 10 giorni dall'acquisto richiedendo un rimborso completo purché non sia partito dal Paese di residenza e purché non vi siano richieste di indennizzo in corso. Per i rimborsi richiesti oltre 10 giorni, si veda la sezione Rimborso del Premio a pagina 9.

## REQUISITI DI IDONEITÀ

Per essere idoneo alla copertura, l'Assicurato deve soddisfare tutti i seguenti requisiti:

- deve avere un'età inferiore a 20 anni;
- deve viaggiare al di fuori del Paese di residenza (oppure deve essere un cittadino canadese che sta rientrando in Canada);
- essere studente in un istituto di istruzione non post secondaria;
- non deve aver ricevuto disdetta della copertura di una qualsiasi altra polizza da parte di una compagnia assicuratrice;
- non deve essere affetto da una Condizione medica per la quale il viaggio sia stato sconsigliato da un Medico;
- non deve essere affetto da una malattia terminale diagnosticatagli prima del suo arrivo in Canada.

Se l'Assicurato non soddisfa questi requisiti di idoneità, l'assicurazione verrà annullata e la responsabilità della Compagnia sarà limitata al rimborso del premio versato.

## PERIODO DI COPERTURA

### Data di decorrenza – Quando inizia la Copertura

La copertura prevista da questa polizza inizia alla data più recente tra quelle riportate di seguito:

- a) data e ora in cui è stato pagato il premio;
- b) data richiesta dall'Assicurato come data di inizio e riportata sulla domanda;
- c) data in cui l'Assicurato ha lasciato il Paese di residenza;
- d) data di rientro in Canada (solo per i rientri dei cittadini canadesi).

### Termine della Copertura

La copertura termina alla data più recente tra quelle riportate di seguito:

- a) Data di risoluzione come riportato sulla domanda;
- b) Data di risoluzione di qualsiasi estensione della polizza;
- c) 90 giorni dal rientro in Canada (solo per i rientri dei cittadini canadesi).
  - La copertura non può essere prorogata oltre 365 giorni.

### Copertura per Escursioni al di fuori del Canada

Questa polizza fornisce una copertura per le spese sostenute dall'Assicurato in Canada. La sezione Indennità in caso di emergenza medica della presente polizza è stata estesa per includere le Spese mediche di Emergenza sostenute dall'Assicurato nelle escursioni al di fuori del Canada durante il Periodo di copertura, purché si verifichino tutte le seguenti condizioni:

- a) l'escursione deve iniziare in Canada;
- b) più del 50% del Periodo di copertura deve essere trascorso in Canada;
- c) la durata massima di qualsiasi escursione negli Stati Uniti deve essere di 30 giorni.

Non è prevista alcuna copertura per le spese sostenute nel Paese di residenza a meno che:

- a) il viaggio verso il Paese di residenza venga svolto espressamente per partecipare a un evento sportivo o extracurricolare organizzato dalla scuola;
- b) l'Assicurato sia un cittadino canadese che sta rientrando in Canada.

## TABELLA DEI MASSIMALI

SEZIONI RELATIVE ALLE INDENNITÀ		IMPORTO DELL'INDENNITÀ
<b>A.</b>	<b>INDENNITÀ IN CASO DI EMERGENZA MEDICA</b>	
1.	Servizi ospedalieri	Incluso
2.	Spese mediche	Incluso
3.	Esami diagnostici e di laboratorio	Incluso
4.	Cure infermieristiche private	20.000 \$
5.	Farmaco da prescrizione	Fornitura per 60 giorni
6.	Ricovero psichiatrico	Massimale a vita di 60.000 \$
7.	Spese psichiatriche	Massimale a vita di 60.000 \$
8.	Trasporto in ambulanza via terra	Incluso*
9.	Trasporto aereo	300.000 \$
10.	Gravidanza	25.000 \$
11.	Apparecchiature e forniture mediche	Incluso*
12.	Trasporto dei familiari e Indennità di soggiorno	6.500 \$
13.	Rimpatrio della salma	20.000 \$
14.	Sepoltura nel paese ospitante	20.000 \$
15.	Lesione dentale	4.000 \$*
16.	Cure odontoiatriche urgenti	1.000 \$
<b>B.</b>	<b>INDENNITÀ SENZA EMERGENZA MEDICA</b>	
1.	Cure paramediche	1.000 \$
2.	Psicoterapia	10.000 \$
3.	Vaccinazioni	150 \$
4.	Visita medica annuale	150 \$
5.	Visita oculistica annuale	100 \$
6.	Trattamento di verruche	750 \$
7.	Forniture per diabete o asma	500 \$
8.	Cure non urgenti	5.000 \$
9.	Visite mediche	200 \$
10.	Assistenti sociali	500 \$
11.	Esami per MTS-IST	100 \$
12.	Consulenza per abuso di sostanze	200 \$/sessione fino a 3 sessioni
13.	Docente privato	2.000 \$
14.	AccessAbility (ausili per persone con disabilità)	2.500 \$
<b>C.</b>	<b>INDENNITÀ IN CASO DI DECESSO ACCIDENTALE E SMEMBRAMENTO</b>	
1.	Incidente personale	50.000 \$
2.	Incidente su mezzo di trasporto pubblico	100.000 \$
3.	Consulenza in caso di trauma	10 sessioni

Il massimale complessivo di questa polizza è di 5.000.000 \$.

\*valgono sottolimiti aggiuntivi

Tutte le indennità si rinnovano ogni 365 giorni ad eccezione di quelle per Ricovero psichiatrico (A6) e Spese psichiatriche (A7) che sono soggette ad un massimale a vita.

## A. INDENNITÀ IN CASO DI EMERGENZA MEDICA

### Quando si applica

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi in una situazione di Emergenza medica durante il Periodo di copertura.

### Cosa copriamo e cosa paghiamo

L'Assicurato gode di una copertura per le spese Ragionevoli e Consuete sostenute per il trattamento di una Malattia o una Lesione di Emergenza. Tale copertura prevede un importo massimo per le indennità come riportato nella Tabella dei massimali, con limite polizza complessivo di 5.000.000 \$ per le spese mediche di Emergenza ammissibili elencate qui di seguito. Alcune sezioni hanno uno specifico limite di indennità come descritto.

- Servizi ospedalieri:** i costi di un Trattamento di emergenza fornite a un paziente in ospedale o in ambulatorio, come descritto di seguito:
  - vitto e ricovero in ospedale fino alla tariffa prevista per la stanza semi-privata (stanza privata se necessaria dal punto di vista medico);
  - medicinali somministrati durante la degenza in ospedale;
  - altri servizi o materiali forniti.
  - Qualsiasi intervento chirurgico richiede previa approvazione da parte dell'Amministratore.
- Spese mediche:** le tariffe applicate da un Medico per Trattamento e servizi professionali, comprensivi di tutte le visite e gli esami di controllo Necessario dal punto di vista medico fino alla risoluzione dell'Emergenza iniziale e allo stabilizzarsi delle condizioni.
- Esami diagnostici e di laboratorio:** le tariffe per i servizi tecnici e di interpretariato.
  - Qualsiasi procedura diagnostica importante richiede previa approvazione scritta da parte dell'Amministratore tra cui, ma non solo, tomografia assiale computerizzata (scansione TC), risonanza magnetica per immagini (RMI), cateterismi cardiaci, esami endoscopici e altro.
- Cure infermieristiche private:** se prescritte dal Medico curante, le tariffe applicate da un infermiere professionale, da un assistente infermiere certificato o da un assistente domiciliare fino ad un importo massimo di 20.000 \$. Non sono coperti i servizi prestati dall'Assicurato, da un Familiare (anche se si tratta di un Infermiere certificato, di un assistente infermiere certificato o di un assistente domiciliare) o da chiunque risieda normalmente con l'Assicurato.
- Farmaco da prescrizione:** se prescritto da un Medico e fornito da un farmacista abilitato, per Trattare una Lesione o una Condizione medica di emergenza. Il rimborso della fornitura di farmaci di qualsiasi tipo è limitato a 60 giorni, a meno che non vengano prescritti durante il ricovero in Ospedale.
- Ricovero psichiatrico:** se l'Assicurato viene ricoverato in Ospedale per suicidio, tentato suicidio, lesioni auto inflitte, disturbi mentali o emotivi (tra cui, ad esempio, stress, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi alimentari/problemi di peso) o Trattamento psichiatrico, la Compagnia pagherà un massimale a vita complessivo di 60.000 \$ per il Trattamento medico e/o psichiatrico ricevuto dall'Assicurato per una o più di queste cause.
- Spese psichiatriche:** le tariffe applicate separatamente da uno Psichiatra per i servizi in sede di ricovero, fino al massimale a vita complessivo di 60.000 \$.
- Trasporto in ambulanza via terra:** le tariffe per il trasporto al più vicino Ospedale da parte di un servizio di ambulanza abilitato, inclusi i trasferimenti da un Ospedale all'altro se prescritti dal Medico curante. Se per trasportare l'Assicurato da e verso un Ospedale, un ambulatorio medico o una farmacia per un Trattamento ammissibile è necessario un servizio taxi/veicolo commerciale locale, la Compagnia rimborserà all'Assicurato fino ad un importo massimo di 200 \$.
- Trasporto aereo:** le tariffe applicate per trasportare l'Assicurato al più vicino o al più appropriato Ospedale in seguito a Malattia o Lesione in caso di Emergenza, fino ad un importo massimo di 300.000 \$, come specificato di seguito:
  - extra costo per volo di sola andata su linea aerea commerciale; oppure
  - il costo per la sistemazione di una barella per trasportare l'Assicurato su una linea aerea commerciale se la barella è Necessaria dal punto di vista medico, più il costo della tariffa per un volo di andata e ritorno, le spese ragionevoli per vitto e alloggio, le tariffe per i servizi professionali prestati da un sanitario qualificato (che non sia un Familiare) per accompagnare l'Assicurato, qualora questi sia Necessario dal punto di vista medico o sia richiesto dalla compagnia aerea; oppure
  - il costo per il trasporto in aeroambulanza se Necessario dal punto di vista medico.
  - Se Necessari dal punto di vista medico sono inclusi anche i costi per l'ambulanza terrestre alla fine di ciascun volo diretto o in coincidenza.
  - Il Medico curante deve certificare che l'Assicurato sia idoneo dal punto di vista medico al tipo di trasferimento selezionato.
  - Questa indennità richiede previa approvazione da parte dell'Amministratore.
- Gravidanza:** le spese relative all'assistenza prenatale, all'assistenza al parto e alle cure neonatali (fino a 15 giorni) sono coperte fino a un massimale combinato di 25.000 \$.
  - La gravidanza deve iniziare dopo la Data di decorrenza di questa Polizza.
  - Questa Polizza deve restare in vigore per tutta la durata della gravidanza.
  - Questa indennità è limitata a un massimo di 1 gravidanza per anno.

**11. Apparecchiature e forniture mediche:** se necessarie in seguito a Malattia o Lesione soggette a copertura, le spese per le forniture mediche come, ad esempio, dispositivi ortopedici e protesi, inclusi i costi per il noleggio di sedie a rotelle, stampelle, letti da Ospedale o altri dispositivi che non superino il prezzo d'acquisto. Si applicano i seguenti limiti:

- Occhiali da vista o lenti a contatto – 500 \$;
- Apparecchi acustici – 500 \$;
- Plantari personalizzati – 500 \$;
- Tutori alle gambe e ginocchiere su misura – 1.000 \$.

**12. Trasporto dei familiari e indennità di soggiorno:** se l'Assicurato viene Ricoverato al di fuori del Paese di residenza, si prevede che il Ricovero ospedaliero abbia una durata di almeno 7 giorni e non vi sono Familiari dell'Assicurato nel raggio di 500 chilometri dal luogo in cui si trova l'Assicurato, oppure in caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia pagherà fino ad un totale di 5.000 \$ per il costo del viaggio di andata e ritorno alla tariffa più bassa disponibile e per il percorso più diretto di due persone nominate dall'Assicurato per raggiungere l'Assicurato stesso in ospedale. La Compagnia pagherà inoltre fino a 1.500 \$ per vitto e alloggio di queste due persone per un periodo massimo di 10 giorni.

- Il Medico curante deve certificare che la situazione permetta all'Assicurato di ricevere visite in ospedale.

**13. Rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia pagherà i costi Ragionevoli e Consueti fino ad un importo massimo di 20.000 \$ per la preparazione e il rimpatrio della salma o delle ceneri nel Paese di residenza dell'Assicurato in un idoneo contenitore standard.

- Se l'Assicurato sceglie questa indennità, non potrà scegliere l'indennità A14, Sepoltura nel paese ospitante.
- Le spese sostenute nel Paese di residenza non sono coperte.
- Le spese relative a speciali rituali o cerimonie funebri tradizionali non sono coperte.
- Questa indennità necessita di previa approvazione scritta da parte dell'Amministratore.
- Le Esclusioni a pagina 6 non si applicano a questa indennità.

**14. Sepoltura nel paese ospitante:** in caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia pagherà il costo per la cremazione o la sepoltura della salma dell'Assicurato presso il luogo in cui è avvenuto il decesso, compreso il lotto cimiteriale e la bara, fino ad un importo massimo di 20.000 \$.

- Se l'Assicurato sceglie questa indennità, non potrà scegliere l'indennità A13, Rimpatrio della salma.
- Le spese relative a speciali rituali o cerimonie funebri tradizionali non sono coperte.
- Le spese relative alle pietre tombali non sono coperte.
- Questa indennità necessita di previa approvazione scritta da parte dell'Amministratore.
- Le Esclusioni a pagina 6 non si applicano a questa indennità.

**15. Lesione dentale:** le tariffe applicate da un Dentista o da un chirurgo odontoiatra abilitato per il Trattamento di emergenza per la riparazione o la sostituzione di denti naturali o denti artificiali impiantati in modo permanente in seguito a una Lesione provocata da un colpo Accidentale alla testa o alla bocca, fino ad un importo massimo di 4.000 \$. Le spese per la riparazione di ponti e basi per protesi sono limitate a 500 \$.

- Tutti i Trattamenti devono avvenire entro 90 giorni dall'Incidente.
- Non sono coperte le spese sostenute in seguito a Incidenti o Lesioni da masticazione provocati dal posizionamento di un oggetto sulla bocca o all'interno della bocca.
- Questa indennità necessita di previa approvazione scritta da parte dell'Amministratore.

**16. Cure odontoiatriche urgenti:** qualora sia stato acquistato un minimo di 90 giorni consecutivi di copertura le tariffe applicate da un Dentista o da un chirurgo odontoiatra abilitato per un Trattamento di emergenza per l'immediato sollievo dal dolore e dalla sofferenza, inclusa la preparazione di canali radicolari e l'estrazione di denti del giudizio, fino ad un importo massimo di 1.000 \$. I rimborsi per i costi dell'estrazione di denti del giudizio sono limitati a 100 \$ per dente.

### Limitazioni per le Indennità in caso di emergenza medica

Nel rispetto delle coperture di cui sopra previste in caso di Emergenza, la Compagnia si riserva il diritto di far rientrare l'Assicurato nel Paese di residenza prima che venga sottoposto a qualsiasi Trattamento o in seguito a un Trattamento di emergenza per Lesione o Malattia, qualora l'evidenza medica fornita dal nostro consulente medico e dal Medico curante locale dell'Assicurato confermi che l'Assicurato sia in grado di rientrare nel Paese di residenza senza mettere in pericolo la propria salute o la propria vita. Nel caso in cui l'Assicurato decida di non rientrare nel Paese di residenza dopo che la Compagnia gli abbia suggerito di farlo, la Compagnia non riconoscerà alcuna ulteriore spesa direttamente o indirettamente correlata alla condizione per la quale è previsto il Trattamento per l'Assicurato.

## B. INDENNITÀ SENZA EMERGENZA MEDICA

### Quando si applica

In caso di spese mediche non correlate a un'emergenza sostenute dall'Assicurato durante il Periodo di copertura.

### Cosa copriamo e cosa paghiamo

L'Assicurato gode di una copertura per le spese Ragionevoli e Consuete fino a un importo massimo per le indennità come riportato nella Tabella dei massimali, per le spese ammissibili presentate qui di seguito:

**1. Spese per cure paramediche:** le spese sostenute per chiropratici, osteopati, naturopati, agopuntori, chiropodisti, podologi, fisioterapisti, logopedisti, massaggiatori, terapeuti

occupazionali fino ad un importo massimo di 1.000 \$ per operatore. Gli operatori devono essere abilitati all'esercizio della professione nel luogo dove eseguono le prestazioni. Non sono coperti i servizi prestati dall'Assicurato, da un Familiare o da chiunque risieda normalmente con l'Assicurato.

2. **Psicoterapia:** le tariffe per le cure ambulatoriali incluse le consulenze psichiatriche e psicologiche fornite ad un professionista abilitato fino ad un importo massimo di 10.000 \$.
3. **Vaccinazioni:** i costi delle vaccinazioni, se richieste nell'ambito del corso di studi dell'Assicurato, incluso il test per la tubercolosi (TB), sono coperti fino a un massimo di 150 \$.
4. **Visita medica annuale:** qualora sia stato acquistato un minimo di 90 giorni consecutivi di copertura, i costi per una visita presso un Medico in Canada per un esame non correlato a un'emergenza e per i test associati sono coperti fino a un massimo di 150 \$.
5. **Visita oculistica annuale:** qualora sia stato acquistato un minimo di 90 giorni consecutivi di copertura, i costi di una visita oculistica eseguito in Canada da un optometrista abilitato sono coperti fino a un massimo di 100 \$. Nota: il costo degli occhiali e delle lenti a contatto NON è coperto.
6. **Trattamento di verruche:** i costi per il Trattamento di qualsiasi tipo di verruca fino ad un importo massimo di 750 \$.
7. **Forniture per diabete o asma:** i costi delle  
a) forniture per diabetici incluse siringhe, strisce reattive e insulina sono coperti fino a un massimo di 500 \$.  
b) I costi delle forniture per il trattamento dell'asma sono coperti fino a un massimo di 500 \$.
8. **Cure non urgenti:** i costi della terapia di mantenimento di una condizione medica cronica o in corso sono coperti fino a un massimo di 5.000 \$.
  - Questa indennità non si applica alle procedure mediche o chirurgiche.
  - Questa indennità si applica unicamente a condizioni mediche non altrimenti coperte altrove in questa polizza.
9. **Visite mediche:** i costi di una visita presso un Medico o altro idoneo sanitario abilitato per quanto riguarda anticoncezionali, "pillola del giorno dopo", disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) o cura dell'acne sono coperti fino ad un importo massimo di 200 \$ per la visita iniziale relativa ognuna di queste condizioni.
  - Questa indennità non include il costo di qualsiasi medicinale, con o senza prescrizione medica.
10. **Assistenti sociali:** i costi di una consulenza ambulatoriale di un assistente sociale abilitato fino ad un importo massimo di 500 \$. Non sono coperti i servizi prestati dall'Assicurato, da un Familiare o da chiunque risieda normalmente con l'Assicurato.
11. **Esami per MTS/IST:** i costi per la consultazione facoltativa, lo screening o gli esami per malattie/infezioni sessualmente trasmissibili eseguiti in Canada sono coperti fino a un massimo di 100 \$.
12. **Consulenza per abuso di sostanze:** qualora sia stato acquistato un minimo di 90 giorni consecutivi di copertura, i costi fino a 200 \$ per sessione e fino a 3 sessioni di assistenza psicologica per dipendenza da alcol o droghe fornita da un professionista qualificato abilitato. Questa indennità non copre i costi di ammissione a qualsiasi programma di cura successivo alle 3 sessioni. Non sono coperti i servizi prestati dall'Assicurato, da un Familiare o da chiunque risieda normalmente con l'Assicurato.
13. **Docente privato:** se l'Assicurato è degente in un Ospedale, in un centro di riabilitazione o è confinato a casa propria entro 100 giorni dalla comparsa di, o in seguito a, una Malattia o a una Lesione soggette a copertura e il confinamento si protrae per almeno 30 giorni scolastici consecutivi, la Compagnia pagherà, dal primo giorno di confinamento, le spese effettive sostenute per i servizi prestati da un docente privato o da un insegnante qualificato fino a un massimo di 20 \$ l'ora e per un totale di 2.000 \$.
14. **AccessAbility (ausili per persone con disabilità) – Difetti, malfunzionamento e antifurto di un dispositivo correttivo:** se un Dispositivo Correttivo richiesto dall'Assicurato viene rubato e non recuperato, oppure presenta un malfunzionamento o un difetto che si manifesta mentre l'Assicurato è coperto dalla presente polizza e che rende il Dispositivo Correttivo inutilizzabile, la compagnia pagherà fino ad un importo massimo di 2.500 \$ per sostituire o riparare il Dispositivo Correttivo dell'Assicurato. La Compagnia non corrisponderà alcun pagamento per i difetti o i malfunzionamenti coperti dalla garanzia del produttore.
  - Questa indennità necessita di previa approvazione scritta da parte dell'Amministratore.

## Elenco delle perdite

Perdita della vita.....	50.000 \$
Perdita di due o più arti.....	50.000 \$
Perdita della vista da entrambi gli occhi.....	50.000 \$
Perdita di un arto e perdita della vista da un occhio.....	50.000 \$
Perdita di un arto.....	25.000 \$
Perdita della vista da un occhio.....	25.000 \$

"Perdita di un arto" significa recisione di una mano o di un piede o rispettivamente al di sopra del polso o dell'articolazione della caviglia, oppure paralisi completa irreversibile. La "Perdita della vista" deve essere completa e irrecuperabile.

ESPOSIZIONE E RELATIVA SCOMPARSA – Se l'Assicurato non viene ritrovato entro un anno da eventi come:

- a) scomparsa, naufragio o deragliamenti del mezzo di trasporto su cui viaggiava; oppure
  - b) distruzione dell'edificio in cui si trovava,
- la Compagnia riterrà l'Assicurato deceduto in seguito a una Lesione provocata da un Incidente e sarà corrisposta l'indennità per la perdita della vita.

Se l'Assicurato viene esposto agli elementi a causa di un Incidente e subisce una Lesione a causa di tale esposizione, sarà applicata questa indennità.

In caso di più di una perdita derivante da un unico Incidente, la Compagnia pagherà solo l'indennità più cospicua, in base a quanto descritto sopra. Nessuna indennità sarà dovuta per le perdite non incluse nel suddetto elenco.

2. **Mezzo di trasporto pubblico:** In caso di decesso dell'Assicurato in seguito a una Lesione verificatasi mentre l'Assicurato viaggiava come passeggero pagante:
  - a) su qualsiasi mezzo di trasporto pubblico; oppure
  - b) su un volo di linea a bordo di un aeroplano o un elicotterol'indennità per la perdita della vita sarà pari a 100.000 \$.

In riferimento alle indennità 1 e 2 di questa sezione, la responsabilità massima della Compagnia ai sensi di una qualsiasi polizza GuardMe relativamente a qualsiasi tipologia di incidente è limitata all'importo complessivo di 1.250.000 \$, che sarà ripartito in maniera proporzionale tra tutti gli assicurati idonei a presentare la richiesta di indennizzo.

3. **Consulenza in caso di trauma:** se l'Assicurato subisce una perdita (diversa dalla perdita della vita) soggetta a copertura secondo quanto riportato nell'*Elenco delle perdite* entro 90 giorni dalla data di un Incidente verificatosi durante il Periodo di copertura, la Compagnia pagherà fino a 10 sedute di consulenza traumatologica.

## ESCLUSIONI

La Compagnia non corrisponderà alcun pagamento per qualsiasi spesa direttamente o indirettamente correlata a:

1. una Condizione pre-esistente che non si sia Stabilizzata nei 90 giorni immediatamente precedenti la Data di decorrenza. Questa esclusione non si applica alla Sezione B "Indennità Senza Emergenza Medica";
2. qualsiasi Malattia, Lesione o Condizione medica che, secondo il parere della Compagnia, avrebbe indotto l'Assicurato a ritenere necessaria una consulenza medica, una diagnosi, una cura o un Trattamento nei 90 giorni immediatamente antecedenti alla Data di decorrenza. Questa esclusione non si applica alle indennità per Cure Non Urgenti;
3. qualsiasi Trattamento fornito per mantenere la stabilità di una Malattia o una condizione cronica (tranne per quanto specificamente previsto per l'indennità per Cure Non Urgenti o qualsiasi altra indennità in questa polizza);
4. visite per l'approvvigionamento del Farmaco (tranne per quanto specificamente previsto per qualsiasi indennità in questa polizza);
5. test o esami nell'ambito di un regime normale (tranne per quanto specificamente previsto per qualsiasi indennità in questa polizza);
6. qualsiasi spesa sostenuta per la riabilitazione. Questa esclusione non si applica alle indennità per Cure Non Urgenti;
7. Trattamento per disturbi o condizioni di natura genetica o congenita. Questa esclusione non si applica alle indennità per Cure Non Urgenti;
8. Trattamento liberamente scelto per l'immediato sollievo dal dolore e dalla sofferenza o che potrebbe ragionevolmente essere posticipato fino al rientro dell'Assicurato nel Paese di residenza. Questa esclusione non si applica alla Sezione B "Indennità Senza Emergenza Medica".
9. qualsiasi Lesione o Malattia, per cui la Compagnia abbia richiesto all'Assicurato di tornare nel Paese di residenza per un Trattamento ai sensi di questa o di qualsiasi polizza precedente;
10. farmaco non necessario per il Trattamento di emergenza tra cui, incluso ma non limitato a:
  - a) farmaci "da banco" (ad esempio, paracetamolo o rimedi per il raffreddore o l'allergia); oppure
  - b) medicinali per la fertilità; oppure
  - c) contraccettivi; oppure
  - d) medicinali per la disfunzione erettile; oppure
  - e) medicinali anti-calvizie; oppure
  - f) medicinali per smettere di fumare; oppure

## C. INDENNITÀ IN CASO DI DECESSO ACCIDENTALE E SMEMBRAMENTO

### Quando si applica

In caso di decesso o Lesione dell'Assicurato durante il Periodo di copertura.

### Cosa copriamo e cosa paghiamo

1. **Incidente personale:** se entro 90 giorni da un Incidente si verifica il decesso dell'Assicurato oppure l'Assicurato resta permanentemente disabile in seguito a tale Incidente, la Compagnia pagherà l'indennità secondo quanto riportato qui di seguito nell'*Elenco delle perdite*.

- g) vaccini o vaccinazioni (ad eccezione di quelli specificamente previsti dall'indennità per le Vaccinazioni); oppure
- h) preparati, supplementi o iniezioni di vitamine;
- i) farmaco di prevenzione o di mantenimento;
11. chirurgia plastica o cosmetica, ad eccezione degli interventi effettuati:
- a) in seguito a una Lesione soggetta a copertura; oppure
- b) in seguito alla sostituzione, all'estrazione o alla riparazione di una protesi esistente; oppure
- c) secondo quanto previsto dall'indennità AccessAbility;
12. qualsiasi spesa sostenuta:
- a) al di fuori del Periodo di copertura; oppure
- b) mentre l'Assicurato si trova nel Paese di residenza (ad eccezione di quanto descritto nella sezione Copertura per Escursioni al di fuori del Canada a pagina 2); oppure
- c) relativamente a qualsiasi Lesione verificatasi o che sia stata Trattata, o a qualsiasi Malattia iniziata o diagnosticata o Trattata nel Paese di residenza dell'Assicurato durante il Periodo di copertura.
13. suicidio, tentato suicidio, lesioni auto inflitte, disturbi mentali o emotivi (tra cui, ma non limitati a, stress, ansia, attacchi di panico, depressione, disturbi alimentari/problemi di peso) o Trattamento psichiatrico. Questa esclusione non si applica alle indennità per Ricovero psichiatrico, Spese psichiatriche e Psicoterapia.
14. azioni compiute dall'Assicurato in uno stato di alterazione o riduzione delle proprie funzioni cerebrali in seguito all'assunzione di Farmaci, droghe, alcol o sostanze intossicanti; qualsiasi richiesta di indennizzo di natura medica correlata all'uso di droghe o alcol. Questa esclusione non si applica alle indennità per Ricovero psichiatrico, Spese psichiatriche, Psicoterapia o Consulenza per abuso di sostanze. Qualora sia stato acquistato un minimo di 90 giorni di copertura, questa esclusione non si applica ai primi 25.000 \$ di ogni richiesta di indennizzo;
15. effettuazione, da parte dell'Assicurato, di qualsiasi tipo di trasporto a noleggio;
16. trapianti di ogni genere;
17. partecipazione a eventi sportivi professionali;
18. partecipazione a gare di velocità con veicoli a motore;
19. pilotaggio di qualsiasi tipologia di aeromobile o viaggio come passeggero su qualsiasi volo non commerciale;
20. guida di qualsiasi tipologia di mezzo di trasporto motorizzato su strada o in acqua senza licenza valida per l'area di utilizzo;
21. Lesione, Malattia o decesso verificatisi mentre l'Assicurato stava:
- a) svolgendo addestramento o servizio a qualsiasi titolo come membro di qualsiasi forza armata; oppure
- b) partecipando attivamente a un qualsiasi conflitto bellico; oppure
- c) partecipando a un'attività criminale.
- Questa esclusione non si applica se l'Assicurato subisce una Lesione entro 48 ore dall'inizio delle operazioni belliche in cui l'Assicurato non partecipava attivamente.
22. qualsiasi pagamento, deposito, interesse, finanziario, penale per ritardato pagamento o tassa amministrativa;
23. Lesione o Malattia connessa ad avvertimenti per i viaggiatori emessi dal Paese di residenza dell'Assicurato o dal Governo del Canada prima della data di partenza di qualsiasi viaggio e che erano o continuano ad essere in vigore per qualsiasi Paese, regione o città di destinazione del viaggio dell'Assicurato. Questa esclusione è applicabile solo per i viaggi al di fuori del Canada;
24. viaggio intrapreso contro il parere di un Medico o allo scopo di ottenere un Trattamento;
25. uno qualsiasi dei seguenti motivi:
- a) esami o analisi cliniche a scopo di immigrazione, lavoro o viaggio;
- b) nulla osta sanitario;
- c) compilazione di moduli o documenti;
26. mancata osservanza o accettazione dei suggerimenti del Medico, del Trattamento o del Trattamento consigliato.
- Le esclusioni dalla 1 alla 26 non si applicano all'Indennità per il Rimpatrio della salma (A13) o all'Indennità per la Sepoltura nel paese ospitante (A14).

## CONDIZIONI GENERALI

**Assegnazione delle indennità:** qualora abbia pagato le spese o le indennità all'Assicurato o a chiunque lo rappresenti ai sensi di questa polizza, la Compagnia ha la facoltà di recuperare, a proprie spese, qualsiasi pagamento disponibile per l'Assicurato da qualsiasi fonte applicabile o da qualsiasi polizza di assicurazione. Questa polizza consente inoltre alla Compagnia di ricevere, approvare e negoziare i pagamenti dovuti da tali soggetti terzi per conto dell'Assicurato.

**Autopsia:** in caso di decesso dell'Assicurato, la Compagnia potrà richiedere un esame o un'autopsia soggetta alle leggi in vigore sulle autopsie.

**Cartella clinica:** in caso di richiesta di indennizzo, l'Assicurato acconsente a fornire accesso a tutta la cartella clinica o alla documentazione medica rilasciate da un Medico abilitato, un Dentista, un medico generico, un Ospedale, un ambulatorio, una compagnia assicuratrice, un individuo, un'istituzione o un altro fornitore di servizi e relative alla richiesta di indennizzo, e la Compagnia si riserva il diritto di esaminare tale documentazione.

**Coordinamento delle indennità:** qualsiasi pagamento effettuato ai sensi di questa polizza sarà coordinato con qualsiasi altro piano che offra una copertura secondaria in modo tale che le indennità totali dovute ai sensi di tutte le polizze o di tutti i piani non superino il 100% delle spese ammissibili sostenute.

**Copertura secondaria:** le indennità previste da questa polizza sono secondarie a quelle disponibili ai sensi di qualsiasi altra polizza o piano di assicurazione validi e risarcibili ai sensi dei quali l'Assicurato ha la facoltà di chiedere indennizzi tra cui, ad esempio, piani di assicurazione sanitaria statali, assicurazioni personali o di gruppo per incidenti e malattia o coperture estese per l'assistenza medico-sanitaria, qualsiasi piano assicurativo o di indennità automobilistica, assicurazioni per proprietari, inquilini o altre assicurazioni multirischio, assicurazioni d'indennità per le carte di credito e altre assicurazioni di viaggio. Specificamente per le lesioni verificatisi in seguito a un incidente automobilistico nell'Ontario, se l'Assicurato viene dichiarato leso per danno catastrofico secondo quanto riportato nel Programma di Indennità in Caso di Incidente della Legge sulle assicurazioni (Insurance Act) dell'Ontario, una volta risarcite le indennità previste da questa polizza dette indennità risulteranno secondarie al Programma di Indennità in Caso di Incidente e la Compagnia avrà la facoltà di richiedere la clausola della Assegnazione delle Indennità della presente polizza per recuperare le indennità corrisposte ai sensi di questa polizza.

**Dichiarazioni giurate:** la Compagnia ha la facoltà di richiedere la convalida dei documenti sotto giuramento e l'esame dell'Assicurato sotto giuramento rispetto a qualsiasi richiesta di indennizzo presentata.

**Diritto al risarcimento:** nel caso in cui l'Assicurato non risulti idoneo alla copertura, venga corrisposta un'indennità per errore, venga effettuato un pagamento superiore all'importo previsto dalle disposizioni di questa polizza, una richiesta di indennizzo risulti non valida o le indennità siano ridotte conformemente ad una disposizione della polizza, la Compagnia ha la facoltà di riscuotere dall'Assicurato qualsiasi importo versato, per conto di quest'ultimo, ai fornitori di servizi medici o ad altri soggetti, oppure a riscuotere un rimborso dall'Assicurato, dal patrimonio dell'Assicurato, da un'istituzione, da una compagnia assicuratrice o da un individuo cui sia stato effettuato un pagamento.

**Disdetta da parte della Compagnia:** la Compagnia può recedere dal presente contratto in qualsiasi momento presentando all'Assicurato una notifica scritta di recesso. I premi inutilizzati saranno rimborsati nel caso in cui non sia stato corrisposto alcun indennizzo o vi siano richieste di indennizzo in sospeso. La notifica di risoluzione può essere inviata all'Assicurato o all'agente autorizzato dell'Assicurato a mezzo lettera, fax o e-mail. Sarà fornito un preavviso di cinque giorni, a partire dalla data di invio della lettera, del fax o dell'e-mail.

**Importi delle indennità:** gli importi delle indennità descritti nella Polizza si riferiscono a un periodo di 365 giorni ad eccezione dell'indennità per Ricovero psichiatrico (A6) e dell'indennità per le Spese psichiatriche (A7) le quali sono soggette ad un massimale a vita. Independentemente dal numero di polizze acquistate dall'Assicurato in un periodo di 365 giorni, gli importi delle indennità si rinnovano unicamente alla scadenza dei 365 giorni dalla Data di decorrenza della polizza originale acquistata e, da quel momento in poi, a ogni scadenza annua.

**Inadempienza agli obblighi:** la Compagnia può scegliere di limitare o rifiutare i pagamenti qualora:

- l'Assicurato o la parte interessata al pagamento risulti inadempiente agli obblighi spettanti danneggiando in questo modo gli interessi della Compagnia;
- i fatti siano stati:
  - forniti in maniera errata o insufficiente; oppure
  - fraintesi; oppure
  - falsificati.
- l'Assicurato ometta di richiedere un Trattamento immediato e di seguire tutti i suggerimenti, le prescrizioni e gli ordini dei medici dopo aver subito una Lesione o aver contratto una Malattia.

**Legge governante:** questa polizza è regolata dalle leggi della provincia e del territorio in cui la polizza è stata emessa. Qualsiasi azione o procedimento contro la Compagnia per il recupero degli indennizzi ai sensi di questa polizza deve iniziare entro 2 anni dalla data in cui si è verificato il motivo dell'azione legale. Qualora, tuttavia, tale limitazione risulti non valida secondo le leggi della provincia o del territorio in cui è stata emessa questa polizza, l'Assicurato dovrà intraprendere un'azione o un procedimento legale entro il limite di tempo più breve consentito dalle leggi di suddetta provincia o di suddetto territorio. A prescindere da ogni altra disposizione contenuta nella presente polizza, la stessa è soggetta alle condizioni ufficiali previste dalla Legge sulle assicurazioni (Insurance Act) riguardo ai contratti di assicurazione per incidente e malattia.

**Limitazione della responsabilità:** la responsabilità della Compagnia ai sensi di questa polizza è limitata esclusivamente al pagamento delle indennità ammissibili, fino all'importo massimo per qualsiasi perdita o spesa. Con il pagamento ai sensi di questa Polizza, la Compagnia e/o l'Amministratore non si assumono alcuna responsabilità per la disponibilità, la qualità o i risultati di qualsiasi Trattamento, nonché per il mancato ottenimento, da parte dell'Assicurato, di un Trattamento o del trasporto, e non potranno essere ritenuti responsabili per qualsiasi negligenza, omissione o atto illecito da parte di qualsiasi fornitore di servizi.

**Modifiche del contratto:** questa polizza è un contratto con valore legale stipulato tra l'Assicurato e la Compagnia. Essa include ogni avallo e allegato e rappresenta l'intero contratto. Nessuna modifica di questa polizza sarà valida a meno che non venga approvata per iscritto da uno dei Nostri funzionari. Nessun agente ha la facoltà di modificare questa polizza o di derogare a qualunque disposizione.

**Occultazione e travisamento:** l'intera copertura sarà annullata in caso di occultazione o travisamento di un fatto materiale o una circostanza relativa a questa polizza prima, durante o dopo una perdita.

**Pagamento del premio:** il premio viene calcolato utilizzando i tassi del premio alla data in cui l'Assicurato ha presentato una richiesta di copertura, in base all'età dell'Assicurato alla Data di decorrenza. Il premio complessivo è dovuto e riscuotibile quando l'Assicurato presenta una richiesta di assicurazione. Se per qualsiasi motivo il premio corrisposto per la copertura per cui sia stata presentata richiesta dovesse risultare errato, la Compagnia:

- addebiterà e riscuoterà la differenza; oppure
- ridurrà il Periodo di copertura se non potrà riscuotere un pagamento in difetto del premio; oppure
- rimborserà l'eventuale pagamento in eccesso.

Se per qualsiasi motivo il pagamento dell'Assicurato non sia stato onorato dall'istituto finanziario, la Copertura verrà annullata. La Compagnia si riserva il diritto di declinare qualsiasi richiesta di assicurazione.

**Polizze duplicate:** nel caso in cui all'Assicurato venga rilasciata più di una Polizza, le indennità saranno limitate al massimale dovuto ai sensi di una sola polizza e sarà erogato un rimborso per le Polizze duplicate.

#### **Proroga della copertura:**

- Proroga automatica: l'assicurazione verrà prorogata automaticamente oltre la Data di risoluzione, come riportato nella Conferma della Polizza, per:
  - 72 ore se il mezzo di trasporto pubblico programmato o l'automobile privata programmata subisce un ritardo per guasto meccanico, incidente stradale o maltempo; oppure
  - il periodo in cui l'Assicurato è impossibilitato a viaggiare per motivi medici, tra cui la degenza per ricovero in Ospedale, più 72 ore. Questa proroga automatica non si applica se la degenza dell'Assicurato per ricovero dipende dalle condizioni psichiatriche e l'Assicurato ha superato il massimale previsto per Ricovero psichiatrico.
- Proroga dopo la partenza: se l'Assicurato decide di prorogare il Periodo di copertura dopo la data di inizio, deve contattare l'Amministratore. La Compagnia prolungherà la copertura dell'Assicurato ai sensi di questa polizza oltre la Data di risoluzione, purché siano soddisfatte tutte le seguenti condizioni:
  - la polizza non è scaduta;
  - il Periodo di copertura, inclusa eventuali proroghe, non deve superare i 365 giorni;
  - l'Assicurato deve versare un premio aggiuntivo per tale proroga.

Tutte le proroghe sono soggette ad approvazione da parte dell'Amministratore o della Compagnia.

**Rimborso del premio:** oltre al Diritto di Verifica entro 10 giorni, i rimborsi vengono calcolati su base proporzionale dalla data riportata sulla richiesta scritta dell'Assicurato o alla data di ricezione da parte dell'Amministratore di tale richiesta presentata via fax o via e-mail. Se questa polizza viene annullata prima della Data di decorrenza, l'Assicurato riceverà un rimborso completo del premio pagato. Se la presente polizza viene annullata per qualsiasi altro motivo o dopo la Data di decorrenza, sarà applicata una tassa amministrativa di 25 \$. Tutti i rimborsi sono soggetti a un importo minimo rimborsabile di 10 \$. Non verrà corrisposto alcun rimborso in caso di reclamo o in caso di copertura sostitutiva da parte del GHIP (Programma governativo di assicurazione sanitaria) di 90 giorni riservata ai cittadini canadesi che rientrano nel loro Paese. Questa polizza non è trasferibile. A tutti i rimborsi si applica un periodo di attesa.

**Surrogazione:** se l'Assicurato subisce una perdita causata da un soggetto terzo, la Compagnia ha la facoltà di surrogare i diritti di risarcimento dell'Assicurato nei confronti del soggetto terzo per qualunque indennità riscuotibile all'Assicurato o per conto di quest'ultimo e produrrà, a proprie spese e a nome dell'Assicurato, i documenti necessari e agirà nei confronti del soggetto terzo per recuperare tali indennità corrisposte. In seguito alla perdita, l'Assicurato non dovrà intraprendere alcuna azione né produrre alcun documento che pregiudichi i diritti della Compagnia a ottenere tale risarcimento.

**Valuta:** tutti i premi e le indennità previsti da questa polizza sono dovuti in valuta canadese sulla base del tasso di cambio alla data in cui è stata effettuata la spesa e sono quotati da un istituto finanziario selezionato dall'Amministratore. A propria discrezione, la Compagnia liquiderà una richiesta di indennizzo nella valuta in cui si è verificata la perdita.

**Visita medica:** in caso di richiesta di indennizzo, la Compagnia si riserva il diritto di sottoporre l'Assicurato ad una visita medica presso un'ubicazione e da parte di un Medico approvati ad esclusiva discrezione della Compagnia.

## DEFINIZIONI

**Amministratore** indica la Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. operante con la denominazione guard.me International Insurance(GuardMe).

**Assicurato** indica qualsiasi persona idonea che presenti una domanda e il corrispondente pagamento per la copertura prevista da questa polizza, e che riceva l'accettazione da parte dell'Amministratore sotto forma di conferma o di Tessera della polizza in corso di validità.

**Compagnia, Noi, Nostro/a** indica la Old Republic Insurance Company of Canada.

**Condizione medica** indica qualsiasi malattia, condizione di malessere o Lesione inclusi i sintomi di condizioni non diagnosticate.

**Condizione pre-esistente** indica qualsiasi Condizione medica che sussista prima della Data di decorrenza.

**Conferma della Polizza** indica un documento che conferma la copertura assicurativa acquistata dall'Assicurato, in cui sono indicati il numero di polizza, la data di acquisto, la Data di decorrenza e la Data di risoluzione. Questo documento stabilisce il Periodo di copertura per l'Assicurato e costituisce parte integrante del contratto della polizza.

**Data di decorrenza** indica la data di inizio della Copertura dell'Assicurato ai sensi di questa polizza (vedere pagina 1 – Periodo di copertura).

**Data di risoluzione** indica la data in cui termina la copertura dell'Assicurato ai sensi di questa polizza.

**Dentista** indica medico odontoiatra, abilitato ad esercitare la professione odontoiatrica nel luogo in cui si svolgono le prestazioni odontoiatriche, ma non include l'Assicurato o un Familiare.

**Dispositivo Correttivo** indica un dispositivo richiesto dall'Assicurato, su consiglio di un Medico, per correggere un'alterazione fisica debilitante e senza il quale l'Assicurato avrebbe l'impossibilità fisica di proseguire gli studi o le proprie responsabilità di insegnante nell'istituto formativo a cui è iscritto o presso il quale lavora come insegnante. I Dispositivi Correttivi includono protesi, sedie a rotelle, cani guida e apparecchi acustici, ma NON includono gli occhiali da vista.

**Emergenza** indica una Malattia o Lesione imprevista che si verifica in prima istanza nel Periodo di copertura che necessita di un Trattamento immediato per alleviare il dolore acuto e la sofferenza. Un'Emergenza non sussiste più qualora le condizioni dell'Assicurato si siano stabilizzate o quando l'evidenza medica ottenuta dal Nostro consulente medico e dal Medico curante locale dell'Assicurato confermino che l'Assicurato sia in grado di rientrare nel Paese di residenza senza la necessità di un ulteriore Trattamento.

**Familiare** indica coniuge, genitore, genitore acquisito, nonni, suoceri, cognati, figlio naturale o adottivo, figliastro, fratello, sorella, fratellastro, sorellastra, zia, zio, nipoti.

**Farmaco** indica un medicinale considerato Necessario dal punto di vista medico per il Trattamento di una Lesione o una Malattia di Emergenza e che è disponibile solo su prescrizione fornita da un Medico o da un Dentista.

**Incidente/Accidentale** indica un evento esterno improvviso, inatteso, imprevedibile, inevitabile che determina direttamente e indipendentemente da tutte le altre cause, una Lesione corporea all'Assicurato durante il Periodo di copertura.

**Lesione** indica una lesione personale subita dall'Assicurato a causa di un Incidente e che si verifica in prima istanza durante il Periodo di copertura.

**Malattia** indica la comparsa improvvisa di una patologia o di una condizione di malessere che si verifica in prima istanza mentre è in vigore la presente assicurazione e necessita di un Trattamento di emergenza per l'Assicurato.

**Massimale a vita** indica che il massimale dell'indennità si applica in senso globale a qualsiasi polizza GuardMe emessa in qualsiasi momento nei confronti dell'Assicurato. Tale importo non si ripristina con la sottoscrizione di ogni nuova polizza.

**Medico** indica una persona diversa dall'Assicurato o da un Familiare dell'Assicurato, che sia legalmente abilitata ad esercitare la professione medica nella giurisdizione in cui sono fornite le prestazioni, per prescrivere e somministrare un Trattamento medico.

**Necessario dal punto di vista medico** si riferisce ai servizi o ai materiali forniti all'Assicurato che sono richiesti per identificare o Trattare la Malattia o la Lesione di Emergenza dell'Assicurato e sono necessari per il sollievo dal dolore acuto e dalla sofferenza oppure, relativamente ai Servizi ospedalieri, quei servizi o materiali che non possono essere forniti in sicurezza all'Assicurato in sede ambulatoriale.

**Ospedale** indica istituto abilitato, dotato di personale e operante per la cura e il Trattamento di pazienti in sede di ricovero o ambulatoriale. Il Trattamento deve essere sorvegliato dai Medici e devono essere presenti infermieri certificati in servizio 24 ore su 24. Nei locali e nelle strutture controllate dall'azienda devono essere presenti anche capacità diagnostiche e chirurgiche. Un Ospedale non è un'azienda utilizzata principalmente come clinica, struttura che fornisce assistenza prolungata o palliativa, centro per il trattamento delle dipendenze, casa di convalescenza, casa di riposo o casa di cura, casa per gli anziani o centro benessere.

**Paese di residenza** indica il Paese in cui l'Assicurato abbia mantenuto la residenza prima del suo arrivo in Canada.

**Periodo di copertura** indica il periodo di tempo dalla Data di decorrenza alla Data di risoluzione (vedere pagina 1 – Periodo di copertura).

**Psichiatra** indica un medico qualificato in psichiatria, abilitato per legge ad esercitare la professione psichiatrica nel luogo in cui si svolgono le prestazioni psichiatriche, ma non include l'Assicurato o un Familiare.

**Ragionevoli e Consueti** si riferisce agli importi generalmente applicati per il Trattamento, i servizi o i materiali allo scopo di fornire il livello di cura richiesto dalla gravità della condizione da Trattare, nell'area geografica in cui vengono forniti il Trattamento, i servizi o i materiali.

**Stabile** si riferisce ad una Condizione medica per la quale:

- non sia stato prescritto o consigliato nessun nuovo Trattamento, né alcuna modifica al Trattamento esistente (inclusa l'interruzione del Trattamento);
- non sia stata applicata alcuna modifica a qualsiasi farmaco prescritto in uso (tra cui un aumento, una riduzione o un'interruzione del dosaggio prescritto), oppure non sia stata fornita alcuna raccomandazione né sia stato fornito un nuovo farmaco su prescrizione;
- tale Condizione medica non sia peggiorata;
- non siano comparsi nuovi sintomi, più frequenti o più gravi;
- non vi sia stata necessità di ricovero ospedaliero né di consultare uno specialista;
- non sia stato eseguito alcun esame, alcuna indagine o Trattamento consigliato, ma non ancora completato, né sia disponibile alcun risultato significativo per gli eventuali esami eseguiti;
- non vi sia nessun Trattamento pianificato o in sospenso.

Affinché una Condizione medica possa essere considerata Stabile, è necessario che siano soddisfatte tutte le suddette condizioni.

**Trattare, Trattato o Trattamento** si riferisce a una procedura prescritta, eseguita o raccomandata da un Medico per una Condizione medica. Ciò include, ma non si limita solo a, il Farmaco prescritto, gli esami diagnostici e le analisi e gli interventi chirurgici.

In questa polizza, le parole ed i termini al singolare andranno interpretati al plurale e viceversa, a meno che il significato non sia suggerito in modo chiaro dal contesto.

- È **necessario telefonare** al numero di assistenza in caso di emergenza riportato a pagina 12 **PRIMA dell'accettazione per il ricovero in Ospedale e per ottenere previa approvazione scritta PRIMA di effettuare qualsiasi spesa relativa alle seguenti voci:**
  - Esami diagnostici importanti
  - Intervento chirurgico
  - Rimpatrio o sepoltura
  - Lesione dentale
  - Evacuazione aerea
  - AccessAbility (ausili per persone con disabilità)
- Presentare al fornitore di servizi medici la propria Tessera di accesso ai servizi di assistenza sanitaria **GuardMe**, corredata di una foto identificativa valida.
- Compilare un modulo per la richiesta di indennizzo per ogni nuova Malattia o Lesione in caso di primo Trattamento. Portarlo con sé al primo appuntamento. I moduli per le richieste di indennizzo vengono forniti contestualmente al rilascio della Tessera di Accesso ai Servizi di Assistenza Sanitaria. È possibile ottenere una copia della Tessera di Accesso ai Servizi di Assistenza Sanitaria e/o del modulo di richiesta di indennizzo dalla propria scuola/organizzazione accedendo a "My Account" (il mio account) sul microsito **GuardMe** della scuola o tramite il nostro sito Web: [www.guard.me](http://www.guard.me).
- Entro 30 giorni dalla prima spesa medica, accedere al microsito **GuardMe** della scuola o a [www.guard.me](http://www.guard.me) per inviare elettronicamente la richiesta di indennizzo. È anche possibile spedire il modulo per la richiesta di indennizzo compilato all'indirizzo:

**GuardMe Claims  
80 Allstate Parkway  
Markham, Ontario L3R 6H3 Canada**

Tutte le richieste di indennizzo inviate devono contenere:

- il modulo per la richiesta di indennizzo debitamente compilato;
- conti, fatture e ricevute intestate in originale. Per quanto riguarda i servizi paramedici, è necessario inviare le singole fatture e i singoli pagamenti per ciascuna visita;
- cartelle cliniche e cartelle del Pronto soccorso tra cui, ma non soltanto, i risultati degli esami di laboratorio, le radiografie, i documenti relativi all'intervento chirurgico e alla dimissione.

Ricordarsi di conservare una copia dei documenti inviati.

- Per presentare una richiesta di indennizzo in caso di decesso, il beneficiario o un'altra persona avente diritto deve telefonare all'Amministratore per comunicare l'intenzione di presentare richiesta di indennizzo. I dettagli della richiesta di indennizzo devono essere inviati insieme a un certificato di morte o ad un'altra prova del decesso in copia originale, che siano riconosciuti dalla Compagnia.

In tutti i casi di richiesta di indennizzo, l'Assicurato, un beneficiario avente diritto a presentare la richiesta oppure l'agente di uno dei due, dovrà:

- inviare all'Amministratore una richiesta scritta di indennizzo comprendente un modulo per la richiesta di indennizzo compilato e le fatture in originale non oltre 30 giorni dalla data in cui sia originata la richiesta di indennizzo ai sensi del contratto; e
- entro 90 giorni dalla data in cui sia originata la richiesta di indennizzo ai sensi del contratto, dovrà fornire tale prova all'Amministratore nella modalità ragionevolmente possibile per le circostanze; e
- se richiesto dall'Amministratore, fornire un certificato esauriente relativo alla causa o alla natura della perdita per la quale è stata presentata la richiesta di indennizzo ai sensi di questa polizza.

La mancata presentazione di una richiesta di indennizzo o di una prova della richiesta di indennizzo entro il periodo di tempo sopra riportato non determina l'annullamento della richiesta di indennizzo se la richiesta o la prova viene fornita quanto più presto ragionevolmente possibile e in nessun caso non più tardi di un anno dalla data dell'evento o della perdita.

*Le richieste di indennizzo potranno essere prese in considerazione solo se il relativo modulo è stato interamente compilato e firmato dal richiedente e inviato con tutta la necessaria documentazione ORIGINALE senza alcuna spesa da parte Nostra.*

**Pagamenti delle richieste di indennizzo**

La Compagnia liquiderà tutte le richieste di indennizzo non appena riceverà tutte le informazioni necessarie per valutare accuratamente tali richieste.

Tutte le richieste di indennizzo ammissibili sono soggette a un importo minimo rimborsabile di 10 \$. Qualora il rimborso per una richiesta di indennizzo sia inferiore a 10 \$, l'importo sarà trattenuto fino a quando l'importo totale di tutte le richieste di indennizzo non supererà i 10 \$.

Tutte le indennità saranno corrisposte all'Assicurato a meno che l'Assicurato non assegni il diritto di percepire il pagamento direttamente al fornitore di servizi o a un altro assegnatario nominato. In caso di decesso dell'Assicurato, tutte le indennità saranno corrisposte al beneficiario indicato dall'Assicurato. Se l'Assicurato non ha indicato nessun beneficiario, le indennità saranno corrisposte al primo dei seguenti beneficiari sopravvissuti, in ordine di preferenza:

1. il coniuge dell'Assicurato;
2. congiuntamente il figlio o i figli dell'Assicurato;
3. congiuntamente i genitori dell'Assicurato se sono entrambi viventi, oppure il genitore sopravvissuto se sopravvive soltanto uno dei due;
4. congiuntamente i fratelli e le sorelle dell'Assicurato; oppure
5. l'asse ereditario dell'Assicurato.

I pagamenti delle indennità non prevedono il pagamento di alcun interesse.

Chiamare il numero di assistenza in caso di emergenza attivo 24 ore su 24:

- America settentrionale: 1-888-756-8428
- Al di fuori dell'America settentrionale, telefonare a carico del destinatario al numero +1 905-752-6230

- entro 24 ore dal ricovero in ospedale, o se impossibilitati, appena ragionevolmente possibile;
- per qualsiasi indennità che richiede previa approvazione;
- per qualsiasi escursione, prima di incorrere in QUALSIASI spesa medica.

La mancata notifica all'Amministratore come richiesto limiterà la disponibilità della Compagnia al 50% delle spese ammissibili sostenute.

**TUTELA DELLA PRIVACY**

La compagnia è impegnata a tutelare la privacy dell'assicurato. La raccolta dei dati personali dell'assicurato è fondamentale alla compagnia per poter offrire all'assicurato prodotti e servizi assicurativi di alta qualità. Le informazioni fornite dall'assicurato verranno utilizzate esclusivamente per stabilire l'idoneità dell'assicurato alla copertura inclusa in questa polizza, per valutare i rischi assicurativi, per gestire e giudicare le richieste di indennizzo e per negoziare o definire i pagamenti nei confronti di soggetti terzi. Queste informazioni potranno essere condivise con soggetti terzi, come le altre compagnie di assicurazione, le organizzazioni sanitarie e i piani di assicurazione sanitaria statali per deliberare ed elaborare le richieste di indennizzo. Nel caso in cui la Compagnia debba condividere le informazioni dell'Assicurato con un soggetto terzo che conduce affari al di fuori del Canada, esiste la possibilità che tali informazioni possano entrare in possesso del governo del Paese in cui il soggetto terzo conduce affari. La Compagnia presta la massima attenzione affinché i dati personali dell'assicurato siano sempre accurati, riservati e protetti.

La nostra politica sulla privacy fissa degli standard elevati per la raccolta, l'utilizzo, la diffusione e la conservazione dei dati personali. In caso di domande relative alla politica sulla privacy della Compagnia, visitare il sito [www.orican.com/privacy](http://www.orican.com/privacy) o contattare il nostro funzionario per la privacy al numero 1-800-530-5446 o inviando un'email all'indirizzo [privacy@orican.com](mailto:privacy@orican.com).

**Sottoscritta da:**

Old Republic Insurance Company of Canada  
Box 557, 100 King Street West  
Hamilton, Ontario L8N 3K9 CANADA



Jason Smith, CPA, CA  
Presidente e Amministratore delegato  
Aprile 2023  
GuardMe K-12 042023

## Appendice B

### **GuardMe** **Responsabilità civile di studenti** **stranieri verso soggetti terzi**

**Massimale di un milione di dollari (1.000.000 \$)**

Alcuni termini con la prima lettera maiuscola utilizzati in questa assicurazione hanno dei significati specifici e sono definiti qui sotto nella Sezione V. DEFINIZIONI.

#### **I. COPERTURA**

La copertura assicurativa di cui in questa Appendice B è inclusa nel Periodo di copertura della polizza **GuardMe** a seguito del completo pagamento del premio relativo.

Questa Appendice B fornisce un'assicurazione per la Responsabilità civile dell'Assicurato per Lesioni personali o Danni a beni o immobili della Famiglia ospitante causati dal suo comportamento come descritto nella seguente Sezione II.

Qualora sia intentata una causa contro l'Assicurato, la Compagnia assicuratrice pagherà tutti gli importi richiesti a titolo di risarcimento danni per Lesioni personali o danni a beni o immobili della Famiglia ospitante di cui l'Assicurato risulti essere legalmente responsabile a causa del proprio comportamento nel Paese ospitante. L'assicurazione ha un Massimale di un milione di dollari (1.000.000 \$) per un periodo di 365 giorni.

#### **II. Copertura assicurativa del Capofamiglia della Famiglia ospitante/Altra Copertura Assicurativa in vigore:**

Questa copertura si applica quando l'Assicurato risiede nel Paese ospitante. Se, a seguito del comportamento dell'Assicurato, verrà presentata una richiesta di indennizzo ai sensi di una polizza di assicurazione valida e riscuotibile stipulata dal proprietario della casa della Famiglia ospitante o di una polizza di assicurazione simile per danni materiali riportati dalla residenza temporanea dell'Assicurato, la Compagnia assicuratrice risarcirà il danno subito fino all'importo della franchigia prevista nella polizza del proprietario della casa della Famiglia ospitante (o di una polizza di assicurazione simile), entro il limite di mille dollari (1.000 \$) per un periodo di 365 giorni. La Compagnia assicuratrice pagherà l'indennità come previsto da questa clausola solo dopo che l'Assicurato avrà presentato alla Compagnia prova adeguata del danno inflitto con relativo importo.

In riferimento al precedente contenuto delle Sezioni I e II, l'Assicurato sarà coperto fino al valore del Massimale per:

1. il risarcimento da corrispondere, secondo quanto approvato dalla Compagnia assicuratrice, per qualsiasi accordo o sentenza;
2. le relative spese legali, precedentemente approvate dalla Compagnia assicuratrice, sostenute per rappresentare l'Assicurato in un procedimento legale. La rappresentanza legale dovrà essere esercitata da una o più persone diverse da un Familiare diretto e precedentemente approvate dalla Compagnia assicuratrice.

La responsabilità massima della Compagnia assicuratrice per qualsiasi accordo negoziato o risarcimento stabilito in giudizio è pari all'importo minimo tra:

1. l'accordo negoziato o il risarcimento stabilito in giudizio più tutte le spese legali; oppure
2. il Massimale.

Le spese sostenute dall'Assicurato per la sua difesa legale dalle accuse sollevate nei suoi confronti ai sensi del codice penale o legislazione simile saranno rimborsate all'Assicurato dalla Compagnia assicuratrice fino a un massimo di venticinquemila dollari (25.000 \$), per ciascuna delle azioni che si asserisce abbia commesso durante il Periodo di copertura di questa assicurazione.

La Compagnia assicuratrice risarcirà l'Assicurato solo se:

1. tutte le accuse verranno ritirate dalle autorità che le hanno sostenute, oppure
2. l'Assicurato risulterà non colpevole delle accuse in seguito a giudizio o sentenza definitiva.

La Compagnia assicuratrice avrà la facoltà di assumere e condurre la difesa in un'azione legale intrapresa nei confronti dell'Assicurato e di risolvere tale azione a nome dell'Assicurato.

#### **III. CONDIZIONI E LIMITAZIONI**

1. Nessuna ammissione, offerta, promessa o indennizzo dovrà aver luogo senza il consenso della Compagnia assicuratrice.
2. L'Assicurato è obbligato a intraprendere tutte le azioni possibili per evitare e ridurre al minimo la perdita, tra cui la notifica tempestiva alla Compagnia assicuratrice e la comunicazione di tutte le informazioni relative alle circostanze riguardanti una potenziale richiesta di indennizzo.
3. L'Assicurato fornirà tutte le informazioni e tutta l'assistenza richiesta dalla Compagnia assicuratrice. L'Assicurato fornirà alla Compagnia assicuratrice le copie di tutte le lettere, memorie e altri documenti e materiali pertinenti da lui ricevuti.
4. La Compagnia assicuratrice potrà, a sua esclusiva discrezione, versare all'Assicurato un importo pari al Massimale applicabile al netto degli importi già corrisposti, o eventuali importi inferiori con cui sia stato possibile soddisfare la richiesta di indennizzo. Successivamente, la Compagnia assicuratrice non potrà più essere ritenuta responsabile tranne qualora il Massimale non sia stato pagato, nel qual caso provvederà alle spese legali e ai pagamenti, precedentemente approvati dalla Compagnia stessa, fino ai limiti residui del Massimale.
5. Le indennità erogabili si aggiungono al netto di qualsiasi assicurazione stipulata dal proprietario, l'inquilino o un altro soggetto, nonché di tutte le altre fonti di risarcimento. Qualora l'Assicurato, la Famiglia ospitante o un altro soggetto terzo dispongano di una qualsiasi altra assicurazione che copre lo stesso danno oggetto di questa assicurazione, gli obblighi della Compagnia assicuratrice riguarderanno solo quanto non rimborsato. In nessun caso questa assicurazione andrà in vigore fino a quando tutte le altre assicurazioni non avranno corrisposto un importo pari al loro massimale.
6. L'Assicurato dovrà informare la Compagnia assicuratrice non appena sarà stato informato di una richiesta di indennizzo o di un'azione legale nei suoi confronti. Per contattarci per informazioni riguardanti richieste di indennizzo:  
E-mail: [claims@zurich.com](mailto:claims@zurich.com)  
Indirizzo: Zurich Canada  
First Canadian Place, 100 King Street West  
Suite 5500, P.O. Box 290  
Toronto, Ontario M5X 1C9 Canada  
Linea dedicata alle richieste dei clienti: 1-866-345-3454

7. Legge governante: questa assicurazione è governata dalle leggi della provincia dell'Ontario ed è soggetta alle disposizioni dell'Insurance Act (legge sulle assicurazioni) relative ai contratti di assicurazione stipulati nell'Ontario.
8. Sanzioni: le indennità non sono pagabili ai sensi di questa assicurazione per qualsiasi perdita o spesa sostenuta a causa di, o risultante da, un viaggio in un Paese sanzionato per qualsiasi lavoro o attività che violi qualsiasi legge o norma canadese o di qualsiasi altra nazione sulle sanzioni commerciali.

#### IV. ESCLUSIONI

A. Non è prevista nessuna copertura per le azioni o le richieste di indennizzo presentate, risultanti o derivanti da:

1. guerra, invasione, atto compiuto da un nemico straniero, ostilità, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione o azione militare;
2. qualsiasi richiesta di indennizzo derivante, direttamente o indirettamente, totalmente o parzialmente, da un atto di terrorismo o da qualsiasi altra attività intrapresa da un'agenzia governativa o un altro ente per prevenire, rispondere o porre fine ad un atto di terrorismo, a prescindere da qualunque altra causa o qualunque altro evento che contribuisca in modo concomitante o conseguente alla perdita o al danno;
3. partecipazione, da parte dell'Assicurato, a una rivolta o un'insurrezione;
4. uso di armi di qualunque tipo;
5. Lesioni personali o danni materiali che debbano essere assicurate/i ai sensi di una polizza di responsabilità civile per energia nucleare emessa dalla Nuclear Insurance Association del Canada, oppure da un altro gruppo o un pool di Compagnie di assicurazione;
6.
  - a. abuso, molestia o vessazione sessuale, fisica, psicologica o emotiva, inclusa una pena corporale inflitta dall'Assicurato o sotto la sua direzione o a sua conoscenza; oppure
  - b. omissione, da parte dell'Assicurato, di azioni per prevenire l'abuso, la molestia o la vessazione sessuale, fisica, psicologica o emotiva o la pena corporale;
7. trasmissione, da parte dell'Assicurato, di una malattia/patologia;
8. danno causato dall'incarico, o dal tentativo, dell'Assicurato di commettere un atto deliberato, illegale o doloso;
9. attività commerciali;
10. prestazione o omissione della prestazione di un servizio professionale;
11. beni venduti, noleggiati, dati in leasing o prestati dall'Assicurato a soggetti terzi;
12. danni causati da usura;
13. danni causati da animali posseduti dall'Assicurato o di cui quest'ultimo si prende cura;
14.
  - a. cancellazione, distruzione, danneggiamento, appropriazione indebita, errata interpretazione di dati;
  - b. creazione, rettifica, inserimento, eliminazione o uso erroneo dei dati, inclusa qualunque perdita di utilizzo derivante da una di queste azioni o da uno di questi eventi; oppure
  - c. distribuzione o visualizzazione di dati per mezzo di un sito Web, delle reti Internet, Intranet, Extranet o per mezzo di un dispositivo o un sistema simile progettato per o destinato alla comunicazione dei dati in formato elettronico;
  - d. accesso a, o diffusione di, informazioni personali o riservate di qualsiasi persona o organizzazione, tra cui, ma non solo, brevetti, segreti industriali, metodi di lavorazione, elenchi di clienti, informazioni finanziarie, informazioni su carte di credito, dati sanitari o qualsiasi altro genere di informazione personale e non pubblica.

15. possesso, uso (incluso il carico o lo scarico) o manovra di qualsiasi automobile, imbarcazione, aeromobile, veicolo a motore o rimorchio agganciato a quanto sopra;
16. occupazione o possesso di un terreno o un edificio ad eccezione dell'edificio temporaneamente occupato dall'Assicurato durante il Periodo di copertura della polizza;
17. abuso di droghe, alcol o farmaci direttamente o indirettamente collegati alla condizione che ha causato la presentazione della richiesta di indennizzo;
18. spese risarcibili o che potrebbero essere state risarcite da un'altra fonte inclusi, ma non solo, i piani di assicurazione sanitaria individuali, di gruppo o quelli prepagati per i privati o i dipendenti, la copertura della carta di credito, piani di assicurazione sanitaria statali o polizze o piani di responsabilità civile verso soggetti terzi;
19. frode, occultamento o inesattezza intenzionale in relazione ad un problema riguardante questa assicurazione o in relazione alla presentazione di una richiesta di indennizzo come descritto più avanti;
20. viaggio dell'Assicurato verso o all'interno di un Paese, una città o una regione citati in un avviso ai viaggiatori di qualsiasi livello emesso dal Paese di residenza o dal Paese ospitante dell'Assicurato per esortare i residenti a non viaggiare.

B. Non è prevista nessuna copertura neanche per le richieste di indennizzo e/o le azioni intraprese da:

1. un Familiare diretto dell'Assicurato;
2. una persona alle dipendenze dell'Assicurato;
3. e per qualsiasi danno punitivo o esemplare.

#### V. DEFINIZIONI

**Amministratore del piano** indica la Zurich Insurance Company Ltd (filiale canadese).

**Assicurato** indica qualsiasi persona idonea che presenti una domanda e il corrispondente pagamento per la copertura prevista dalla presente Polizza, e che riceva l'accettazione della copertura da parte dell'Amministratore del piano sotto forma di conferma o di una tessera della polizza in corso di validità.

**Coniuge** indica la persona legalmente sposata con l'Assicurato, oppure la persona con cui risiede l'Assicurato e che viene presentata pubblicamente come consorte dell'Assicurato.

**Danno alla proprietà** significa:

1. danno materiale a (o distruzione di) un bene tangibile;
2. perdita dell'uso di un bene tangibile.

**Data di decorrenza** indica la data di inizio della Copertura dell'Assicurato ai sensi della presente Polizza. La Copertura inizia dalla data e ora più recenti tra la data in cui:

- a. è stato pagato il premio richiesto, oppure
- b. la data richiesta dall'Assicurato come Data di inizio e riportata sulla Domanda, oppure
- c. la data in cui l'Assicurato ha lasciato il Paese di residenza per studiare in Canada, oppure
- d. per i cittadini canadesi che rientrano dall'estero, la data di rientro in Canada.

**Data di risoluzione** indica la data in cui termina la copertura dell'Assicurato ai sensi di questa assicurazione. La copertura termina alla data più recente tra quelle riportate di seguito:

- a. data specificata come Data di risoluzione sulla domanda; oppure
- b. data di scadenza di qualsiasi proroga della presente Polizza. Se l'Assicurato torna nel proprio Paese di residenza per qualsiasi motivo diverso da quelli menzionati nel paragrafo Paese ospitante, la copertura termina a decorrere dalla data di rientro dell'Assicurato nel Paese di residenza.



**Famiglia ospitante** indica gli individui o la famiglia con i quali risiede l'Assicurato in qualità di studente durante la permanenza in Canada e l'assenza dal Paese di residenza.

**Familiare diretto** indica coniuge, genitore, tutore legale, genitore acquisito, nonno, nipote, figlio naturale, adottivo o acquisito, figliastro, fratello, sorella, fratellastro, sorellastra, zia, zio, nipote o accompagnatore assunto per la cura dei minori a carico non coniugati di età inferiore a 19 anni.

**Idoneo** indica una persona di età inferiore ai 65 anni, che viaggia al di fuori del proprio Paese di residenza (oppure un cittadino canadese che rientra in Canada) in qualità di studente, docente universitario, insegnante, personale di accompagnamento, partecipante a scambi formativi.

**Incidente/Accidentale** indica un evento esterno improvviso, inatteso, imprevedibile, inevitabile che determina direttamente e indipendentemente da tutte le altre cause, una Lesione corporea all'Assicurato durante il Periodo di copertura.

**Lesione corporea** indica infortunio, malattia o patologia o il decesso risultante.

**Massimale** indica l'importo dichiarato come importo limite erogabile per una specifica indennità e si applica ai servizi ricevuti durante il Periodo di copertura. Indipendentemente dal numero di polizze stipulate dall'Assicurato in un periodo di 365 giorni, i Massimali non si rinnovano per i Periodi di copertura successivi fino:

- alla scadenza dei 365 giorni dalla Data di decorrenza della polizza originale acquistata e, da quel momento in poi, a ogni scadenza annua, o
- alla Data di decorrenza di un nuovo Periodo di copertura purché sia superiore a 365 giorni rispetto alla Data di decorrenza del Periodo di copertura originale indicato nella prima polizza.

**Noi, Nostro/a** indica la Zurich Insurance Company Ltd.

**Paese di residenza** significa il Paese in cui l'Assicurato risiede in modo permanente.

**Paese ospitante** significa il Canada, Paese in cui l'Assicurato risiede temporaneamente in qualità di studente durante l'assenza dal Paese di residenza. Fatta salva qualsiasi richiesta di indennizzo o azione legale in corso in Canada, per Paese ospitante si intenderà anche qualsiasi altro Paese in cui l'Assicurato si trovi per un'assegnazione di lavoro temporaneo o programma di scambio relativo ai suoi studi in Canada.

**Periodo di copertura** indica il periodo di tempo durante il quale l'Assicurato è assicurato per le indennità fornite da questa assicurazione, a partire dalle ore 00:01 della Data di decorrenza fino alle ore 00:00 della:

- data specificata come Data di risoluzione sulla domanda; oppure
- data di scadenza di qualsiasi proroga della presente Polizza. Qualora l'Assicurato ritorni nel Paese di residenza per qualsiasi ragione diversa dal suo impegno in un lavoro temporaneo o in un programma di scambio riguardante i suoi studi in Canada. Il Periodo di copertura massimo, comprese le proroghe, è di 365 giorni consecutivi dalla Data di decorrenza.

**Responsabilità civile** indica la responsabilità riconosciuta in giudizio tra persone in causa tra loro.

Valgono inoltre tutte le altre definizioni, condizioni, limitazioni, esclusioni, e prescrizioni della polizza **GuardMe**.

## COMUNICAZIONE SULL'AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Inviando le informazioni richieste, che possono includere, ma non solo, nome, indirizzo, data di nascita e informazioni cliniche di una persona, si dichiara e garantisce di aver ottenuto da tale persona un adeguato consenso a comunicare i suoi dati personali alla Zurich Insurance Company Ltd e alle sue controllate e affiliate nel Paese di residenza dell'Interessato o all'estero (nel complesso, "Zurich"), per la raccolta, archiviazione, uso, diffusione e trattamento di tali dati personali nella misura necessaria a garantire e gestire le coperture assicurative richieste, tra cui, ma non solo, valutazione dei rischi, esecuzione della polizza, definizione e raccolta dei premi, liquidazione delle richieste di indennizzo, amministrazione, indagini e risoluzione delle controversie, individuazione, protezione e repressione o valutazione statistica dalle frodi. Si dichiara e garantisce inoltre di aver ottenuto dall'Interessato il consenso alla comunicazione, nella misura necessaria e in relazione ai suddetti scopi, da parte della Zurich dei suoi dati personali a terzi, tra cui riassicuratori, amministratori terzi, broker, agenti, periti liquidatori, enti regolatori o altri enti pubblici o governativi, autorità fiscali, associazioni industriali, altri assicuratori e terzi che forniscono servizi assicurativi ("Soggetti terzi").

La Zurich si impegna a proteggere riservatezza e confidenzialità delle informazioni fornite. I dati personali possono essere trattati e archiviati in sicurezza negli uffici della Zurich e di terzi autorizzati in giurisdizioni canadesi ed estere e sono soggetti alle leggi applicabili.

La Zurich può conservare i dati personali nella misura necessaria a ottemperare ai suddetti scopi o rispettare i propri obblighi legali e normativi, risolvere controversie e far rispettare gli accordi. Gli Interessati possono chiedere di esaminare i dati personali che li riguardano in possesso della Zurich e di modificarli scrivendo a: Privacy Officer, Zurich Insurance Company Ltd (Canadian Branch), 100 King Street West, Suite 5500, P.O. Box 290, Toronto, ON M5X 1C9 Canada o inviando una e-mail a [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com).

Gli Interessati possono rifiutare o ritirare il consenso alla raccolta, archiviazione, uso o diffusione dei propri dati personali; tuttavia, in caso di rifiuto di fornire il consenso la Zurich potrebbe non essere in grado di offrire e amministrare la copertura assicurativa o pagare qualsiasi risarcimento spettante ai sensi di questa polizza.

Per ulteriori informazioni riguardanti raccolta, uso, diffusione, trattamento e archiviazione dei dati personali o per qualsiasi reclamo contattare il funzionario per la privacy Zurich via e-mail all'indirizzo [privacy.zurich.canada@zurich.com](mailto:privacy.zurich.canada@zurich.com).

La Nostra informativa sulla privacy è disponibile alla pagina <https://www.zurichcanada.com/en-ca/about-zurich/privacy-statement>.

Ai fini dell'Insurance Companies Act (legge sulle compagnie di assicurazione) (Canada), questo documento è stato emesso nell'ambito dell'attività assicurativa della Compagnia in Canada.

[Firma]

Responsabile assunzione rischi, Canada  
Rappresentante autorizzato