

Filo diretto

ASSICURAZIONI

Una società del Gruppo Filo diretto

Contratto di Assicurazione Multirischi Viaggi



AMIEASY®

Il presente Fascicolo Informativo contenente:
a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario
b) Condizioni di Assicurazione
deve essere consegnato al contraente prima della
sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.



Gruppo Filo diretto

INTERNATIONAL ASSISTANCE GROUP

COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

Contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa di Filo diretto, in funzione 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno, telefonando:

- dall'Italia al **NUMERO VERDE 800.279745**
- dall'estero al numero 0039 039.6899965

Saranno richieste le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome
- Numero di polizza
- Motivo della chiamata
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarvi

Filo diretto è impegnata da sempre a fornire ai propri clienti la massima qualità nei prodotti e nei servizi. Per fare questo il suo contributo è prezioso: non esiti a comunicarci i tuoi suggerimenti o a segnalarci aree di miglioramento all'indirizzo mail suggerimenti@filodiretto.it

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

Nota Informativa Amieasy International Travel Shengen
Mod. 0211 (ed. 2010-09)
Ultimo aggiornamento 30/09/2010

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo del 17 settembre 2005 n. 209 ed in conformità al Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010.

La presente *Nota Informativa* è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Il presente contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salva la facoltà del contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

A) INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) Informazioni generali

- Denominazione sociale, forma giuridica dell'Impresa e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Filo diretto Assicurazioni S.p.A., capogruppo del Gruppo Filo diretto, iscritto al n. 039 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi, con sede legale sita in Italia, 20864 Agrate Brianza (MB) - Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso n. 14 - Tel. 039.6056804 - mail: assicurazioni@filodiretto.it. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al contraente da parte dell'Impresa e pubblicate sul sito internet aziendale: www.filodiretto.it.

- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 1993 n. 258). Iscritta alla Sez. I dell'Albo delle imprese al n. 1.00115.

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni relative alla situazione patrimoniale dell'Impresa, così come previste dal Reg. Isvap n. 35 del 26 maggio 2010, sono indicate nell'apposito documento riepilogativo allegato al Fascicolo Informativo.

Per ogni aggiornamento relativo allo stato patrimoniale ed ogni modifica delle norme contenute nel presente Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.filodiretto.it.

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto, qualora stipulato per una durata originaria pari o superiore ad un anno, è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente. Per le durate inferiori, il contratto cessa alla data indicata in polizza senza obbligo di disdetta. **Avvertenza:** il contraente potrà disdire il contratto, mediante lettera raccomandata spedita alla sede di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. almeno 30 giorni prima della scadenza. In caso di disdetta, per la quale il contraente non sosterrà alcun onere aggiuntivo, verranno meno gli effetti del contratto, così come previsto dalle norme vigenti. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Durata del contratto - Tacito Rinnovo*" delle Norme comuni a tutte le garanzie per gli aspetti di dettaglio.

3) Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il contratto presenta una serie di garanzie preposte alla tutela dei cittadini stranieri - regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'area Schengen - in possesso di visto di ingresso o di permesso di soggiorno rilasciati esclusivamente per Turismo o per Studio. Tali garanzie sono elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente durante il viaggio/soggiorno quali le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario. Si rammenta come le coperture effettivamente acquistate verranno indicate all'interno della polizza sottoscritta (c.d. scheda di polizza), condizione peraltro essenziale per l'operatività delle stesse.

Avvertenza: le coperture assicurative previste sono soggette a limitazioni ed esclusioni ovvero a condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Esclusioni e limiti specifici per la garanzia ...*" per le esclusioni proprie di ciascuna garanzia ovvero, ove presente, all'articolo "*Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie*" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali, meglio definiti nel glossario presente nelle Condizioni di Assicurazioni, nella misura risultante nelle Condizioni di Assicurazione e dalla scheda di polizza e con le seguenti modalità:

Franchigia: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, un importo predeterminato in numero assoluto rimane a carico dell'assicurato (es: Euro 150,00);
Scoperto: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, una percentuale predeterminata rimane a carico dell'assicurato (es: 25% del danno);
Massimale: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, l'indennizzo corrisposto dall'Impresa non potrà eccedere la somma di denaro predeterminata (es: Euro 30.000,00)

Avvertenza: il contratto, relativamente alla garanzia "*Infortunati di superficie*", prevede un limite massimo di età assicurabile, a norma del quale risulteranno assicurabili le persone che al momento della stipula non abbiano ancora compiuto il 75° anno di età, fermo restando che l'assicurazione rimarrà in vigore fino alla successiva scadenza annuale del premio per i soggetti già assicurati al momento del raggiungimento dell'età limite.

Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Limiti di età*" per gli aspetti di dettaglio.

4) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità

Avvertenza: qualora il contraente/assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti in merito alle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, queste potrebbero comportare effetti in ordine alla prestazione resa dall'Impresa. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Determinazione del premio - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio*" per gli aspetti di dettaglio.

5) Aggravamento e diminuzione del rischio

Il contraente/assicurato dovrà dare comunicazione scritta a mezzo racc. AR di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione "*Determinazione del premio - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio*" per gli aspetti di dettaglio.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si possono indicare le seguenti ipotesi che concorrono alla modificazione del rischio: cambio di destinazione.

6) Premio

Per aderire al contratto il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento del premio in più rate. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 5 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso autorizzato dall'Impresa.

7) Rivalsa

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di rivalsa in capo all'Impresa, ovvero la possibilità per l'assicuratore di rivalersi verso i terzi responsabili del danno, dopo la liquidazione dello stesso. L'assicurato dovrà avere cura di verificare gli aspetti di dettaglio nell'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Rivalsa*".

8) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di recesso in capo all'assicurato, all'Impresa ovvero ad entrambi. L'assicurato dovrà avere cura di verificare nell'articolo di riferimento, rubricato "*Recesso in caso di sinistro*", i termini e le modalità per l'esercizio di tale diritto.

Per i contratti stipulati dal contraente/assicurato direttamente con l'Impresa senza alcuna intermediazione (c.d. vendita diretta), l'Assicurato dovrà avere cura di verificare, altresì, quanto disposto dall'articolo rubricato "*Diritto di recesso*".

9) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti dell'assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questi azione.

Si richiama l'attenzione del contraente/assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

10) Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. applica al contratto che sarà stipulato la Legge Italiana. Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

11) Regime fiscale

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge in ordine al presente contratto sono a carico del contraente.

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12) Sinistri - Liquidazione del sinistro

Avvertenza: Il Contratto di Assicurazione può prevedere particolari modalità e termini per la denuncia del sinistro, così come descritte nella sezione "*Cosa fare in caso di sinistro*", il mancato rispetto dei quali può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, così come dettagliatamente descritto anche nell'articolo rubricato "*Obblighi dell'assicurato*".

Avvertenza: il momento di insorgenza del sinistro dovrà essere ricercato:
• nel caso di malattia: nel momento di individuazione di ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, tramite i più opportuni accertamenti clinico - diagnostici del caso;
• nel caso infortunio: al verificarsi di un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;
Resta salva la successiva valutazione in merito all'indennizzabilità del sinistro medesimo. Si rinvia all'articolo "*Criteri di liquidazione*".

Il contratto di assicurazione, altresì, potrà prevedere eventuali costi in capo all'assicurato, all'Impresa ovvero ad entrambi per la ricerca e la stima del danno. L'assicurato dovrà avere cura di verificare negli articoli di riferimento, gli aspetti di dettaglio relativi alle procedure liquidative.

13) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dall'assicurato all'Ufficio Reclami di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza (MB) - Fax 039.6892199 - reclami@filodiretto.it.

Qualora l'assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14) Arbitrato

Avvertenza: il presente contratto assicurativo potrà prevedere - ove espressamente regolamentato all'interno del dettato normativo - la possibilità per l'assicurato e/o per l'Impresa di ricorrere alla procedura arbitrale per la risoluzione di eventuali controversie tra le parti. Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

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

ASSICURATO – il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero i cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi dell'area Schengen in possesso di visto di ingresso o di permesso di soggiorno rilasciati esclusivamente per Turismo o per Studio.

ASSICURAZIONE – il contratto di assicurazione;

ASSISTENZA – l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

CENTRALE OPERATIVA – la struttura dell'Impresa costituita da tecnici ed operatori, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza;

CONTRAENTE – la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

COMPAGNO DI VIAGGIO – La persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell'Assicurato stesso;

DAY HOSPITAL – la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura;

DOMICILIO: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato;

DURATA CONTRATTO – il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;

EUROPA – tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russa;

ESTERO – tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia;

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

FRANCHIGIA – importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro;

FURTO – è il reato previsto dall'art. 624 del Codice Penale, perpetrato da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri;

GUASTO – il danno subito dal veicolo per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti (con esclusione di qualsiasi intervento di ordinaria manutenzione), tali da renderne impossibile per l'assicurato l'utilizzo in condizioni normali;

IMPRESA – Filo diretto Assicurazioni S.p.A.;

INCENDIO – la combustione con sviluppo di fiamma;

INCIDENTE – l'evento, subito dal veicolo, dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, così come definita dalla Legge, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali;

INDENNIZZO O INDENNITÀ – la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

INFORTUNIO – evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.

INTERVENTO CHIRURGICO – atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;

INVALIDITÀ PERMANENTE – la definitiva perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;

ISTITUTO DI CURA – l'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

ITALIA – il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino;

MALATTIA – ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;

MALATTIA PREESISTENTE – malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza;

MASSIMALE – somma fino a concorrenza della quale la Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione;

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

MONDO – tutti i paesi del mondo esclusi Stati Uniti e Canada;

NUCLEO FAMILIARE – il coniuge/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato;

PAESI SCHENGEN – I Paesi che applicano integralmente le disposizioni dell'aquis di Schengen.

POLIZZA – il documento che prova l'assicurazione;

PREMIO – la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

RAPINA – la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona;

RESIDENZA – il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;

RICOVERO – la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura;

RISCHIO – probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;

SCOPERTO – la parte di danno indennizzabile a termini di polizza che l'assicurato tiene a suo carico per ciascun sinistro;

SERVIZI TURISTICI – passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc. venduti dal Contraente all'Assicurato;

SINISTRO – il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

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

VENDITA DIRETTA – contratti stipulati dal contraente/assicurato direttamente con l'Impresa, tramite il sito internet www.filodiretto.it, senza alcun tipo di intermediazione;

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante legale
Ing. Gualtiero Ventura



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AMIEASY INTERNATIONAL TRAVEL SHENGEN

Condizioni di Assicurazione Amieasy International Travel Shengen – Mod. 0211 (ed. 2010–09)
Ultimo aggiornamento 30/09/2010

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

Art. 1.1 – Oggetto dell'assicurazione

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati nella scheda di polizza verranno rimborsate le spese mediche accertate e documentate sostenute dall'Assicurato, durante il viaggio, per cure o interventi urgenti e non procrastinabili, conseguenti a infortunio o malattia, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura con il limite per la retta giornaliera di degenza pari ad Euro 300,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciati) entro il limite di Euro 500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di Euro 250,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad Euro 1.000,00.

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza; la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche.

Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

Per gli importi superiori a Euro 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

Art. 1.2 – Franchigia e scoperto

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di Euro 150,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri con importo superiore ad Euro 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di Euro 150,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad Euro 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

Per le polizze con durata annuale la franchigia applicata per sinistro è pari ad Euro 450,00.

Art. 1.3 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia spese mediche

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono escluse le spese per cure dentarie, fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti e per l'eliminazione di difetti fisici congeniti; le spese relative ad occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici e quelle relative ad interventi o applicazioni di natura estetica. L'assicurazione non è operante per le spese sostenute per le interruzioni volontarie di gravidanza nonché per le prestazioni e le terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso;

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio. Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito

Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione

La Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di malattia, infortunio o di un evento fortuito. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

Art. 2.2 – Consulenza medica telefonica

Qualora a seguito di malattia o infortunio, occorresse accertare lo stato di salute dell'Assicurato, la Impresa metterà a disposizione il Servizio Medico della Centrale Operativa per i contatti o gli accertamenti necessari per affrontare la prima emergenza sanitaria.

Art. 2.3 – Trasporto sanitario organizzato

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi: – aereo sanitario – aereo di linea – vagoni letto – cuccetta di 1° classe – ambulanza – altri mezzi ritenuti idonei.

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa.

Il rientro da paesi extraeuropei (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

Art. 2.4 – Rientro dei familiari o del compagno di viaggio

In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa organizzerà e la Impresa prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

Art. 2.5 – Trasporto della salma

In caso di decesso dell'Assicurato nel corso del suo viaggio e/o soggiorno, la Centrale Operativa organizzerà il trasporto della salma espletando le necessarie formalità e prendendo in carico le spese necessarie ed indispensabili (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto), entro il limite di Euro 5.000,00, fino al luogo di inumazione nel paese di residenza dell'Assicurato. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

Art. 2.6 – Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e la Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di Euro 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare.

La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

Art. 2.7 – Esclusioni e limiti specifici per la garanzia Assistenza alla persona

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, la Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, la Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

Art. 2.8 – Responsabilità

La Impresa declina ogni responsabilità per ritardi o impedimenti che possano sorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di Assistenza in caso di eventi già esclusi ai sensi delle Condizioni Generali e particolari e a seguito di:

- disposizioni delle autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto;
- ogni circostanza fortuita od imprevedibile;
- cause di forza maggiore.

Art. 2.9 – Restituzione di titoli di viaggio

L'Assicurato è tenuto a consegnare alla Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

SEZIONE 3 – TRAVEL CARE

Art. 3.1 – Descrizione del servizio

L'Assicurato in viaggio all'estero che incorra in infortunio o malattia, recandosi presso una delle strutture sanitarie dotate delle stazioni di telemedicina **Net for Care**, ha la possibilità di ricevere un teleconsulto medico specialistico "online" direttamente da primarie strutture sanitarie italiane e internazionali.

Net for Care è la piattaforma tecnologica che, attraverso le più innovative soluzioni telematiche, unisce in rete (*) una serie di **ospedali altamente specializzati in Italia e nel mondo** con la Centrale Operativa della Impresa permettendo all'assicurato di accedere a servizi di consulenza medico-specialistica **on line**.

Art. 3.2 – Come accedere al servizio

Se l'Assicurato necessita di un teleconsulto, è sufficiente che ne faccia richiesta alla Centrale Operativa di Telemedicina per entrare direttamente in contatto con lo staff medico che 24 ore su 24, 365 giorni l'anno è disponibile per effettuare una teleconsulenza di primo livello. Sulla base delle esigenze del paziente verrà poi organizzata la consulenza medica di secondo livello con una delle strutture specialistiche della rete, alla presenza dell'Assicurato e/o di un suo familiare.

Art. 3.3 – Limitazioni all'erogazione del servizio

L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di due prestazioni durante la validità della polizza.

Art. 3.4 – Costo della prestazione

La Impresa tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, incluso l'onorario dello specialista consultato.

Rimangono a carico dell'Assicurato il costo di tutti gli esami necessari (esami diagnostici, esami di laboratorio, immagini fotografiche, ecc) per il teleconsulto ed eventualmente il costo di ulteriori accertamenti richiesti dallo specialista contattato.

(*) La rete delle strutture sanitarie specialistiche e dei centri convenzionati dotate della stazione di telemedicina è in corso di continui ampliamenti e nuove installazioni. L'elenco completo delle stazioni può essere richiesto alla Centrale Operativa della Impresa.

SEZIONE 4 – CARTELLA MEDICA MULTILINGUE ON-LINE "MEDICAL PASSPORT"

Le attività di servizio "Medical Passport" sono offerte a titolo gratuito.

Art. 4.1 – Descrizione del servizio

Con Medical Passport l'assicurato ha la possibilità di creare la propria cartella medica multi-lingue on-line, disponibile su uno spazio web debitamente protetto attraverso un sistema di identificazione, consultabile da qualunque accesso Internet e quindi in ogni parte del mondo. Le informazioni relative alla propria storia sanitaria vengono inserite compilando un facile questionario guidato.

Art. 4.2 – Attivazione del servizio

L'Assicurato accedendo al sito www.medical-passport.it, alla sezione "Come attivare", dovrà registrarsi compilando un modulo on-line in cui gli sarà richiesto di indicare il numero della propria polizza e di scegliere le Username e Password personali. Con la doppia coppia di Username e Password potrà accedere alla propria cartella medica on-line in modalità di modifica/edit (digitando la password di modifica/edit) o in modalità di sola lettura (digitando la password di lettura/read). Utilizzando la password di modifica/edit, che dovrà essere conservata con la massima cura, l'assicurato potrà compilare e successivamente modificare il questionario guidato sulla propria storia sanitaria, se possibile facendosi coadiuvare dal proprio medico di fiducia. Il questionario sarà poi automaticamente tradotto in varie lingue straniere (inglese, francese, tedesco, spagnolo, russo, turco, bulgaro, rumeno e altre in fase di elaborazione) in modo tale da permettere all'assicurato all'estero di fornire le informazioni sulla propria storia sanitaria senza errori di traduzione. La Password di lettura/read dovrà essere invece riportata sulla card personale "Medical Passport" che verrà inviata all'assicurato all'atto della richiesta di accesso al servizio e che dovrà essere da lui custodita con cura, e messa a disposizione dei medici curanti in caso di necessità (es. malattia, infortunio, altro problema di salute).

Art. 4.3 – Utilizzo del servizio di cartella medica on-line

In caso di necessità (es. malattia, infortunio, altro problema di salute) l'assicurato, i suoi familiari e/o direttamente i medici o paramedici, accedendo a www.medical-passport.it e inserendo la Username e la Password indicate nella card personale Medical Passport, avranno accesso alla sua cartella medica multilingue on-line visualizzando tutte le informazioni sulla sua storia sanitaria precedentemente inserite dallo stesso assicurato.

Art. 4.4 – Durata e rinnovo

Il servizio è efficace per la durata della polizza, nel caso in cui Medical Passport fosse attivato a seguito dell'acquisto di una polizza assicurativa che abbia durata inferiore a un anno, l'efficacia del servizio sarà pari a quella della polizza, con una durata minima di un mese. Alla scadenza, l'assicurato potrà rinnovare il servizio alle condizioni che gli saranno comunicate, utilizzando la procedura di rinnovo disponibile nell'area riservata del sito. L'Impresa si riserva la facoltà di interrompere il servizio nel caso in cui venga meno per qualsiasi motivo il contratto originario in cui Medical Passport è incluso.

Art. 4.5 – Prestazioni

Il servizio Medical Passport incluso nella polizza Filo diretto è la versione **standard individuale** che comprende:

- **Cartella medica on-line multilingue:** la possibilità di inserire, su uno spazio web protetto, tutte le informazioni sulla propria storia sanitaria che possono essere automaticamente

tradotte in 10 lingue semplicemente cliccando sulla bandierina del relativo Paese. Una volta compilata sarà possibile:

- farla visionare in qualsiasi momento e in qualsiasi parte del mondo, fornendo le password di lettura/read;
- stamparla in una qualsiasi delle lingue straniere (per esempio in quella del paese dove si sta per andare);
- salvarla sul proprio pc o su qualsiasi altro supporto informatico (hard disk portatile, chiavetta usb, ecc.).
- **Inserimento di allegati** come esami diagnostici, radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc. fino a 1 Giga che potranno essere visualizzati da qualsiasi computer, in qualsiasi luogo grazie a **Virtual Viewer®**, l'innovativa piattaforma di visualizzazione che supporta quasi tutte le più comuni tipologie di file, non solo di tipo grafico.
- **Servizio caricamento allegati:** qualora non sia possibile trasferire i documenti su file, lo staff Medical Passport può farlo per l'assicurato. Le informazioni relative alle modalità e ai costi del servizio sono presenti all'interno del Medical Passport personale, nel menù in alto, alla voce "Servizio Allegati".
- **Supporto nella compilazione della cartella medica** Lo staff Medical Passport è a disposizione per fornire informazioni e, se lo desidera, un medico seguirà passo per passo l'assicurato nella compilazione della cartella medica. Tre le modalità di accesso al servizio:
 - via telefono, chiamando il numero indicato nella sezione contatti;
 - via chat, cliccando sul pulsante di chat all'interno dell'area patologie;
 - inviando via fax o via posta la scheda medica cartacea presente sul sito alla sezione "Supporto compilazione".
- **Medical Passport Card:** è la card che viene consegnata a tutti i clienti che si attivano sulla quale sono presenti i riferimenti di come accedere al servizio nonché nome, cognome, username e password di lettura (da compilare a cura dell'assicurato).
- **Convenzioni con medici specialisti e strutture sanitarie:** possibilità di accedere alla rete Filo diretto di **strutture sanitarie e medici specialisti in Italia** e beneficiare nella maggior parte dei casi di **sconti per visite o esami**. Per effettuare la ricerca l'assicurato può utilizzare l'apposita funzione all'interno del suo Medical Passport alla sezione "Convenzioni Filo diretto" oppure chiamare la Centrale Operativa che nel caso di versione standard del prodotto fornisce i recapiti affinché l'Assicurato contatti autonomamente lo specialista o la struttura. L'Assicurato dovrà presentarsi come Assicurato Filo diretto e presentare la **Medical Passport Card** all'atto del pagamento della prestazione per ottenere le tariffe convenzionate.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 1 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie

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

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, scioperi;
 - terremoti, inondazioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente. Tale esclusione non è operante nei casi isolati cioè quando non si è in presenza di calamità naturali dichiarate o situazioni di emergenza sociale evidenti;
 - dolo del Contraente o dell'Assicurato;
 - viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
 - malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla sottoscrizione/adesione della polizza. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti alla prenotazione dei servizi turistici o del viaggio;
 - patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana e dal puerperio;
 - interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
 - uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;
 - pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante;
 - atti di temerarietà;
 - attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni;
 - gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
 - le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
 - svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
 - eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.
- Sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale. Non è consentita la stipulazione di più polizze International Travel a garanzia del medesimo rischio al fine di:
- elevare i massimali delle specifiche garanzie;
 - prolungare il periodo di copertura di un rischio già in corso;

Art. 2 – Persone non assicurabili

Presso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse in una delle seguenti condizioni escluse dalla polizza: uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, nel caso una o più delle malattie o disturbi sopra richiamati insorgano durante il periodo di validità della polizza, si applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 3 – Esclusione di compensazioni alternative

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

Art. 4 – Operatività validità decorrenza e durata delle garanzie

Le garanzie saranno operative dalla data di ingresso dell'Assicurato in Italia o negli altri stati membri che applicano integralmente le disposizioni dell'aquis di Schengen ed avranno durata per il numero di giorni risultante nella scheda di polizza.

La polizza è valida per i cittadini stranieri che richiedono il visto di ingresso o il permesso di soggiorno per motivi di turismo o di studio in base alle disposizioni previste dall'aquis di Schengen.

La polizza è altresì valida per i riconiugamenti familiari.

La decorrenza e la durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza sempreché sia stato corrisposto il relativo premio.

Le coperture sono prestate nei limiti dei massimali e delle prestazioni nel luogo ove si è verificato l'evento, sempre che questo sia compreso nella "DESTINAZIONE" per cui è stata emessa la polizza.

Art. 5 – Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

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

Art. 6 – Estensione territoriale

L'assicurazione ha validità in Italia e negli altri stati membri che applicano integralmente le disposizioni dell'aquis di Schengen.

Art. 7 – Criteri di liquidazione dei sinistri

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative note, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Impresa restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle note, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

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

Art. 8 – Liquidazione dei danni/nomina dei periti

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

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

Art. 9 – Legge – giurisdizione

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

Art. 10 – Integrazione documentazione di denuncia del sinistro

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

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

Art. 11 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente o l'Impresa possono recedere dal contratto.

Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso del Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione;
- nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi trenta giorni dalla data di ricezione da parte dell'assicurato della comunicazione inviata dall'Impresa;

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

Art. 11 bis – Diritto di recesso

(valido solo per polizze commercializzate con la c.d. vendita diretta)

L'Assicurato dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo.

Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre alternativamente:

-) dalla data della conclusione del contratto;
-) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni di cui all'articolo 67-undecies del D.Lgs n. 209 del 07 settembre 2005, se tale data è successiva a quella di cui alla lettera a).

Il diritto di recesso non si applica:

- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;

Per esercitare il diritto di recesso, l'Assicurato deve inviare, prima dello scadere del termine, una comunicazione scritta al fornitore, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento presso la sede legale dell'Impresa all'indirizzo poco sopra richiamato, dichiarando, con questa comunicazione, che in tale periodo non siano avvenuti sinistri di alcun tipo.

Qualora si sia effettivamente verificato un sinistro, il diritto al recesso non potrà essere esercitato. Nel caso di dichiarazione non rispondente alla realtà dei fatti, l'Impresa avrà diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato per ogni spesa e/o onere sostenuto direttamente e/o indirettamente connesso.

Nei confronti dell'Assicurato che esercita il diritto di recesso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Qualora l'Assicurato non eserciti il diritto di recesso, il contratto troverà piena ed integrale applicazione nei termini pattuiti.

Art. 12 – Imposte e tasse

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 13 – Rivalsa

L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.

Art. 14 – Determinazione del premio – dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla destinazione, al prezzo del viaggio, alla durata del viaggio, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati.

Il contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente, rese al momento della stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, o di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dagli artt. 1892 – 1893 – 1894 e 1898 del Codice Civile.

Art. 15 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Per sottoscrivere la presente polizza il premio e le eventuali rate di premio successive indicate nella scheda di polizza devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Impresa che indicano la data del pagamento e recano la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Art. 16 – Durata del contratto – tacito rinnovo

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza.

Se il Contraente/assicurato ha scelto la durata annuale, si conviene tra le parti che, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata di un anno.

Per le durate inferiori ad 1 anno la polizza cesserà alla data indicata in polizza senza obbligo di disdetta.

Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa direttamente al contraente o per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dal rinnovo annuale del medesimo. Il Contraente, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o di somme assicurate proposte per l'annualità successiva, avrà facoltà, previa lettera raccomandata all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.

COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

Assistenza

In caso di sinistro contattare IMMEDIATAMENTE la Centrale Operativa dell'Impresa che è in funzione 24 ore su 24 e per 365 giorni all'anno, telefonando al seguente numero verde:

800.279745

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero 0039 039.6899965 comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome
- Numero di polizza
- Motivo della chiamata
- Numero telefonico e/o indirizzo al quale sarà possibile contattarvi.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Altre garanzie

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

- **via internet** (sul sito sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero 039.6899941**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via Paracelso, 14 – Centro Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

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

In caso di spese mediche

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.
- numero della polizza.
- copia del visto di ingresso o del permesso di soggiorno

Nota importante

- Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.

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

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

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

IMPORTANTE!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (Codice IBAN).

Per eventuali reclami scrivere a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Via Paracelso, 14
20864 Agrate Brianza (MB) – Fax 039.6892199 – reclami@filodiretto.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

ISVAP – Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21
00187 ROMA (RM)

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 196/2003

In conformità di quanto previsto dall'art. 13 del decreto Legislativo 196/2003 ed eventuali modifiche o integrazioni (di seguito denominato "Codice Privacy"), Filo diretto Assicurazioni S.p.A. (di seguito denominata Impresa) intende fornire la seguente informativa.

In relazione ai dati personali che riguardano il Cliente e che formeranno oggetto del trattamento, l'Impresa intende precisare che:

il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del Cliente;

il trattamento dei dati può comprendere anche i dati personali strettamente inerenti al rapporto contrattuale, rientranti nel novero dei "dati sensibili" di cui agli articoli 4 comma 1 lettera d) e 26 del Codice Privacy.

1) Finalità del trattamento

I dati personali forniti dal Cliente, o comunque acquisiti da Filo diretto Assicurazioni S.p.A. presso terzi, anche con riferimento ai dati sensibili di cui agli art.4 comma 1 lett. d) ed art.26 del Codice Privacy, sono trattati dall'Impresa e/o dai suoi incaricati, per le seguenti finalità:

- svolgimento della propria attività in esecuzione, gestione, conclusione, adempimento, dei rapporti precontrattuali e contrattuali, per fornire l'assistenza richiesta, nonché per l'espletamento delle attività strettamente connesse, quali liquidazione dei sinistri, attinenti all'attività assicurativa svolta dall'Impresa che è autorizzata ai sensi di legge;
- adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, disposizioni emanate da autorità ed organi di vigilanza e controllo;
- svolgimento di attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dall'Impresa o da Imprese del Gruppo Filo diretto nonché invio di materiale pubblicitario.

2) Modalità del trattamento

Il trattamento in oggetto è svolto secondo le modalità previste dal Codice Privacy, anche a mezzo di strumenti informatici e automatizzati, in via non esaustiva attraverso operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, raffronto, utilizzo, interconnessione, consultazione, comunicazione, cancellazione, distruzione, blocco dei dati, secondo principi di tutela della sicurezza/protezione, accessibilità, confidenzialità, integrità.

Gli stessi dati sono trattati e detenuti nei termini di quanto obbligatoriamente previsto dalla legge, nei limiti e per le modalità dalla stessa specificate.

Il trattamento è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e dai soggetti esterni a tale organizzazione, facenti parte della catena distributiva del settore assicurativo, delegati in qualità di incaricati/responsabili della stessa Impresa e/o soggetti strettamente connessi al funzionamento della stessa e/o all'espletamento delle attività contrattualmente previste e richieste dal Cliente (oltre a quanto precisato al punto 4).

I dati non sono soggetti a diffusione.

I dati potranno essere trasferiti all'estero, nel mondo intero.

3) Conferimento dei dati

- Il conferimento dei dati personali relativi al cliente, (anche eventualmente di natura sensibile) è necessario per la conclusione e gestione del contratto e per la migliore esecuzione delle prestazioni contrattuali, nonché per l'espletamento delle attività strettamente connesse all'adempimento di tali prestazioni, oltre che alla gestione e liquidazione dei sinistri.
- Il conferimento dei dati può essere obbligatorio in base a legge, regolamento, normativa comunitaria.
- L'eventuale rifiuto del consenso espresso al trattamento dei dati di cui ai punti a) e b) comporta l'impossibilità di concludere o dare esecuzione al contratto e/o di eseguire le prestazioni contrattualmente previste.
- Il conferimento dei dati personali a fini di informazione e promozione commerciale dei servizi e delle offerte dell'Impresa è facoltativo e non comporta conseguenze in ordine al rapporto contrattuale.

4) Soggetti o categorie di soggetti cui i dati possono essere comunicati

I dati potranno essere comunicati – per le finalità di cui al punto 1a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità – in Italia e all'estero, all'Impresa o a Imprese del Gruppo Filo diretto, soggetti esterni alla catena distributiva dell'Impresa che svolgono attività connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale, quali corrispondenti, organismi sanitari, personale medico e paramedico, personale di fiducia, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, broker, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche, Sim, legali, periti e autofficine, società di servizi cui siano affidate la gestione, la liquidazione e il pagamento dei servizi, società di consulenza aziendale, consulenti, studi professionali, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, enti di gestione di dati e servizi, società di factoring e di recupero crediti, enti ed organismi che effettuano attività di gestione elettronica dei dati e di mezzi di pagamento, società che svolgono attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela, servizi di archiviazione della documentazione e Impresa specializzate in servizi di data entry, fornitura di servizi informatici, servizi di gestione amministrativa e contabile, mediante soggetti incaricati dall'Impresa.

Gli stessi dati potranno essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 b) a soggetti cui la comunicazione è per legge obbligatoria, nei limiti e per le finalità previste dalla stessa legge, organi pubblici e organi di vigilanza, soggetti pubblici e privati cui sono demandate ai sensi della normativa vigente funzioni di rilievo pubblicitario, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo e quindi, a titolo di esempio, Ania, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza dei fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale od altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (es. Ufficio Italiano Casellario Centrale Infotuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione).

I dati potranno poi essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 c) a Imprese del Gruppo Filo diretto (Imprese controllanti, controllate e collegate anche indirettamente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge), nonché a incaricati del Gruppo Filo diretto.

5) Diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati personali (art. 7 del Codice Privacy)

L'art. 7 del Codice Privacy conferisce al Cliente specifici diritti tra cui quello di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati presso l'Impresa o presso i soggetti ai quali vengono comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, nonché il loro utilizzo; il Cliente ha altresì diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi e per fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario. Per l'esercizio di tali diritti potrà rivolgersi direttamente a Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Paracelso 14 – 20864 Agrate Brianza (MB).

6) Titolare del trattamento

Titolari del trattamento sono Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Paracelso 14 – 20864 Agrate Brianza (MB) nella persona del legale rappresentante, e ciascuna delle Imprese del Gruppo Filo diretto che effettuano il trattamento in via automatica con diretta responsabilità.

Fascicolo Informativo Amieasy International Travel Shengen
Mod. 0211 (ed. 2010-09)
Ultimo aggiornamento 30/09/2010



Con questo prodotto contribuisce a sostenere le attività di Filo diretto Onlus.

Filo diretto Onlus promuove e finanzia progetti e iniziative in ambito sociale, dedicandosi in particolare ai bambini in difficoltà, alle loro famiglie e alle persone anziane.

Per informazioni e donazioni: **www.filodirettoonlus.org** – **Numero Verde 800.326464**

È anche possibile **devolvere il 5x1000** a favore di Filo diretto Onlus, basterà inserire il **codice fiscale 02922360967** nell'apposito riquadro presente in tutti i moduli per la dichiarazione dei redditi (730, CUD e Unico) e mettere la propria firma nel riquadro *"Sostegno delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni di promozione sociale"*.

Il presente Fascicolo Informativo è aggiornato alla data del 30 settembre 2010

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Via Paracelso, 14 – 20864 Agrate Brianza (MB)
Tel. 039.6056804 – Fax 039.6899940
www.filodiretto.it – assicurazioni@filodiretto.it