

TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE GARANZIE WI UP

Nota Importante: Le prestazioni di Assistenza alla persona e Rimborso Spese Mediche sono operative anche in conseguenza di atti di terrorismo. Per tale estensione si rimanda all'art. 1 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie - della Sezione “ Norme comuni a tutte le garanzie”.

Viaggio singolo della durata massima di 60 giorni.

MASSIMALI

FRANCHIGIE

Livello di copertura

Sezione	Garanzie di assicurazione / Prestazioni	WI UP	
A	Assistenza in viaggio	Inclusa	NO Franchigia
	Consulenza medica telefonica	illimitato	
	Invio medicinali	Illimitato	
	Trasporto sanitario	Illimitato	
	Rientro sanitario	Illimitato	
	Rientro del convalescente	inclusa	
	Rientro familiari / compagno di viaggio	inclusa	
	Viaggio di un familiare: costo viaggio	inclusa	
	Viaggio di un familiare: soggiorno	10gg per 100€/gg.	
	Rientro anticipato dell'assicurato	Inclusa	
	Prolungamento soggiorno	10gg per 100€/gg.	
	Segnalazione di un legale	Inclusa	
	Anticipo spese difesa	€ 3.000,00	
	Eventuale cauzione penale	€ 25.000,00	
	Interprete a disposizione	€ 1.000,00	
	Anticipo spese prima necessità	€ 8.000,00	
	Trasmissione messaggi urgenti	Inclusa	
	Rimpatrio salma	Illimitato	
	Rimborso spese telefoniche	€ 100,00	
	Spese di soccorso, salvataggio e recupero	€ 1.500,00	
B	Spese Mediche in Viaggio. Spese ospedaliere e chirurgiche	Inclusa	€ 50,00
	Mondo intero compreso USA/Canada	€ 50.000,00	
	Europa	€ 15.000,00	
	Italia	€ 3.000,00	
	Sottolimit: Spese mediche e farmaceutiche	€ 1.000,00	
C	Bagaglio. Danni da perdita, smarrimento e danneggiamento	Inclusa	NO Franchigia
	Europa e Mondo	€ 1.500,00	
	Italia	€ 1.000,00	
	Sottolimit: Spese di prima necessità (ritardo oltre 12 ore)	€ 300,00	
	Sottolimit: Rifacimento documenti	€ 300,00	
D	Infurtuni di Superficie - Età assicurabile max 75 anni	Inclusa	5%
	Caso Morte	€ 50.000,00	
	Caso Invalidità Permanente	€ 50.000,00	
E	Responsabilità Civile	Inclusa	€ 250,00
	Per persona	€ 50.000,00	

DEFINIZIONI

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;

Appendice di Regolazione: il documento con cui mensilmente l'Impresa indica al Contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta al viaggio organizzato dal contraente e regolarmente comunicata all'Impresa;

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;

Avaria: il danno subito dal bagaglio per rottura, collisione, urto contro oggetti fissi o mobili;

Bagaglio: i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'assicurato porta con sé in viaggio;

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 risulta iscritto al viaggio contemporaneamente all'assicurato;

Day hospital: la degenza senza pernottamento presso un istituto di cura;

Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto.

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 Russia;

Esteri: 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.

Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal Contraente nel periodo di durata della polizza;

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 autocombustione 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 obiettivamente 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 perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;

Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;

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 l'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;

Nucleo Familiare: Il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

Premio definitivo: l'ammontare del premio di polizza dovuto dal Contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal Contraente nel periodo di durata della polizza;

Premio minimo: l'ammontare del Premio di polizza dovuto in ogni caso dal Contraente all'Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza;

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 – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

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;

Spese di soccombenza: spese che la parte soccombente è condannata a rimborsare alla parte vittoriosa nel procedimento civile;

Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo;

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;

Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private. Il veicolo assicurato è quello identificato in polizza e deve intendersi nuovo ovvero immatricolato da non più di sei mesi alla data di effetto della polizza;

Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari dell'Assicurato organizzato dal Contraente; il viaggio/locazione inizia successivamente al momento del check-in (se con volo aereo), dell'ingresso in hotel/appartamento (se solo soggiorno), dell'imbarco (se con nave o traghetto), dell'accomodarsi in carrozza (se con treno).

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

Le garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi, comunque al 60esimo giorno dalla data inizio viaggio.

ART. 2 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio. Nel caso di viaggi in aereo, treno, pullman o nave, l'assicurazione è valida dalla stazione di partenza del viaggio (aeroporto, ferroviaria, marittima o autoferrotranviaria) a quella di arrivo alla conclusione del viaggio. Nel caso di viaggio in auto o altro mezzo non sopracitato, l'assicurazione è valida ad oltre 50 Km dal luogo di residenza.

La garanzia non ha comunque validità nei seguenti paesi: Afghanistan, Burundi, Cisgiordania e Striscia di Gaza, Congo, Corea del Nord, Costa d'Avorio, Etiopia, Haiti, Iraq, Kosovo, Liberia, Nepal, Papua Nuova Guinea, Repubblica Cecena, Repubblica Centro Africana, Repubblica Democratica del Congo, Ruanda, Sahara Occidentale, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Timor Est, Uganda e Yemen.

Sono altresì escluse le prestazioni nei Paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

ART. 3 - ESCLUSIONI

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

valide per tutte le garanzie:

- 1) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- 2) coprifuoco, blocco delle frontiere, rappresaglie, sabotaggio;
- 3) **terrorismo, ad eccezione delle garanzie Rimborso spese mediche da malattia o infortuni e Assistenza alla persona, guerra, insurrezioni.**
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici;
- 6) uso non terapeutico di stupefacenti e psicofarmaci;
- 7) malattie mentali ed i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici.
- 8) suicidio o tentativo di suicidio.
- 9) movimenti tellurici, eruzione vulcanica, inondazione o altri fenomeni naturali;
- 10) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

valide per le garanzie Assistenza e Spese Mediche

- 11) stati di malattia cronica fatti salvi gli aggravamenti imprevisi al momento della partenza;
- 12) spese che si rendessero necessarie durante viaggi intrapresi allo scopo di sottoporsi a trattamento medico o chirurgico;
- 13) malattie mentali ed i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici.

ART. 4 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato l'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 notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ASSISTENZA ALLA PERSONA

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'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 una malattia o di un evento fortuito. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA IN CASI DI URGENZA

Qualora l'Assicurato, in viaggio in Italia, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

SEGNALAZIONE DI UN MEDICO ALL'ESTERO

Quando successivamente ad una consulenza medica (vedi prestazione "Consulenza medica telefonica") emerge la necessità che l'Assicurato si sottoponga ad una visita medica, la Centrale Operativa segnerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

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 – **previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia** - 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 - vagone 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, 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, adducano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

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 l'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 utilizzarli i titoli di viaggio in suo possesso.

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) fino al luogo di inumazione in Italia. Sono comunque escluse dalla garanzia le spese di ricerca, funerarie di inumazione e l'eventuale recupero della salma.

VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l'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 **€ 100,00** al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare residente in Italia. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

ASSISTENZA AI MINORI

Qualora a seguito di ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio in Italia. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa – **previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia** - prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe).

La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in Suo possesso.

PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

La Centrale Operativa provvederà all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di **€ 100,00** al giorno.

INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO

La Centrale Operativa provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali e solo in conseguenza di evento fortuito o di malattia, all'invio a destinazione di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

La Centrale Operativa in caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero o di procedura giudiziaria nei suoi confronti per fatti colposi avvenuti all'estero, e limitatamente ai paesi ove esistano propri corrispondenti, organizzerà il reperimento di un interprete e l'Impresa se ne assumerà il costo fino a **€ 1.000,00**.

ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese imprevedute conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso **fino all'importo di € 8.000,00** a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

Resta inteso che detto anticipo dovrà essere restituito, all'Impresa dopo il rientro in Italia e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

RIENTRO ANTICIPATO

La Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente l'Impresa metterà a disposizione dell'assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo.

Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE

L'Impresa prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa **fino a concorrenza di € 100,00**.

TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Centrale Operativa provvederà all'invio di tali messaggi.

SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO

In caso di infortunio, le spese di ricerca e di soccorso sono garantite fino ad un importo di **€ 1.500,00** per persona a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO

L'Impresa anticiperà all'Estero, **fino ad un importo di € 25.000,00** la cauzione penale disposta dall'autorità locale per porre in libertà provvisoria l'Assicurato. Poiché questo importo rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato dovrà designare una persona che in Italia metta contestualmente a disposizione l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'Impresa che, a sua volta, provvederà a sciogliere il vincolo di cui sopra. Questa garanzia non è valida per fatti conseguenti al commercio e spaccio di droghe o stupefacenti, nonché a partecipazione dell'Assicurato a manifestazioni politiche.

ASSICURATI RESIDENTI ALL'ESTERO

Gli Assicurati residenti all'estero hanno diritto alle prestazioni di cui agli Art. 5, 6, 7, 10, 15 dell'Assistenza alla persona entro la spesa massima prevista per effettuare le prestazioni considerando come residenza dell'Assicurato il domicilio del Tour Operator organizzatore del viaggio.

I residenti in Svizzera sono equiparati ai residenti italiani.

ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, l'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, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione. Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

RESPONSABILITÀ

L'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.

RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 1 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

Nel limite dei massimali per Assicurato pari ad **€ 3.000,00 per l'Italia**, ad **€ 15.000,00 in Europa** e ad **€ 50.000,00 nel Mondo** verranno rimborsate le spese mediche sostenute durante il viaggio, conseguenti a malattia o infortunio verificatisi durante il periodo di validità della garanzia relativamente a: onorari medici, cure dentarie solo a seguito di infortunio e con il limite di **Euro 200,00**, ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, medicinali prescritti da un medico.

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di malattia o infortunio 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.

Le spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di € 500,00, purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro.

ART. 2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di **€ 50,00** che rimane a carico dell'Assicurato.

Per i sinistri con importo superiore ad **€ 1.000,00** in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, e sempre che l'Assicurato sia in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese sostenute attraverso bonifico bancario o carta di credito, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di **€ 50,00**.

Resta inteso che per gli importi superiori ad **€ 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.

ART. 3 - ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle condizioni generali sono escluse le spese per cure 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.

BAGAGLIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa garantisce entro il massimale pari ad **€ 1.000,00 per l'Italia**, ad **€ 1.500,00 in Europa** e ad **€ 1.500,00 nel Mondo**:

- il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie da parte del vettore.
- entro i predetti massimali, ma comunque con il limite di **€ 300,00** a persona, il rimborso delle spese per rifacimento/duplicazione del passaporto, della carta d'identità e della patente di guida di autoveicoli e/o patente nautica in conseguenza degli eventi sopradescritti;
- entro i predetti massimali ma comunque con il limite di **€ 300,00** a persona, il rimborso delle spese documentate per l'acquisto di indumenti di prima necessità, sostenute dall'Assicurato a seguito di furto totale del bagaglio o di consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

ART. 2 - LIMITAZIONI

Fermo le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di **€ 300,00** per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso; apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche. I corredi fotocineottici (obiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie etc) sono considerati quali unico oggetto.

ART. 3 - ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle condizioni generali sono esclusi dalla garanzia i danni derivanti da:

- a) dolo, colpa, incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;
- b) insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;
- c) le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;
- d) furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni. Si esclude inoltre il furto dalle ore 20 alle ore 7 se il bagaglio non è posto a bordo di veicolo chiuso a chiave in parcheggio custodito;
- e) denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio;
- f) i gioielli, pietre preziose, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso lasciati incustoditi.
- g) i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.).
- h) i beni che, diversi da capi di abbigliamento, siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;

ART. 4 - CRITERI DI RISARCIMENTO

Il rimborso avverrà al valore a nuovo per i beni comprovatamente (fattura o ricevuta fiscale) acquistati nuovi nei tre mesi precedenti al danno, diversamente il rimborso terrà conto del degrado e stato d'uso.

Per i beni acquistati nel corso del viaggio l'eventuale risarcimento verrà corrisposto solo se l'Assicurato sarà in grado di presentare regolare giustificativo di spesa.

ART. 5 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alle competenti Autorità facendosene rilasciare copia autentica. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo, la denuncia va effettuata all'apposito ufficio aeroportuale (P.I.R. - PROPERTY IRREGULARITY REPORT). L'assicurato è altresì tenuto a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore aereo ed a produrre alla Impresa l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

INFORTUNI DI SUPERFICIE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati pari ad € 50.000,00 nel Mondo qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino:

- morte;
- invalidità permanente.

ART. 2 - LIMITI DI ETÀ

Sono assicurabili le persone che al momento della partenza del viaggio non hanno ancora compiuto i 75 anni di età.

ART. 3 - CAPITALI ASSICURATI E CUMULO

I massimali assicurati per Assicurato sono pari ad € 50.000,00 nel Mondo. Le garanzie prestate sono:

- Caso morte
- Caso invalidità permanente

I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio l'Impresa liquidi un indennizzo per invalidità permanente e successivamente intervenga la morte dell'Assicurato, ascrivibile alla stessa causa che ha originato la prima liquidazione, l'ulteriore indennizzo andrà a coprire la differenza fino al massimale assicurato.

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 300.000,00 per polizza e per evento.

ART. 4 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato all'Impresa, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa. L'Assicurato è comunque tenuto ad inviare per iscritto denuncia all'Intermediario cui è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro cinque giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art.1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari indicati, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

ART. 5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'Art.1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 6 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI DI SUPERFICIE

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la garanzia non è operante per gli infortuni derivanti da:

- a) guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni;
- b) guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione aerei o subacquei.

ART. 7 - CRITERI DI INDENNIZZO

Caso Morte:

qualora si verifichi un infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati, o in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi.

Il pagamento della somma assicurata avverrà purché la morte avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Morte presunta:

qualora il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e le autorità competenti ne avessero dichiarato la morte presunta, l'Impresa provvederà al pagamento della somma assicurata prevista in caso di morte.

Invalidità Permanente:

qualora si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento di una percentuale del massimale assicurato per invalidità permanente, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri della tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30-6-1965 n° 1124 e successive modifiche, relative al settore "Industria" con rinuncia dell'Impresa alla applicazione della franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

ART.8 - FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 5 punti percentuali dell'invalidità permanente totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 5 punti percentuali. Resta inteso che per percentuali di invalidità permanente superiori al 65% la franchigia non verrà applicata.

RESPONSABILITA' CIVILE

ART. 1 - OGGETTO DELLA GARANZIA

L'Impresa terrà indenne l'Assicurato, per le somme che lo stesso dovrà corrispondere, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per i danni involontariamente cagionati a terzi quali morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentalmente verificatosi in relazione alla sua partecipazione al viaggio e/o soggiorno.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere. Qualora

l'Assicurato sia contraente di altro contratto di assicurazione per i medesimi rischi di responsabilità, la presente garanzia opera in eccedenza a detto contratto ("secondo rischio").

ART. 2 - MASSIMALE E FRANCHIGIA

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale per evento e per Assicurato pari ad € 50.000,00 nel Mondo. In ogni caso resta a carico dell'Assicurato una franchigia fissa di € 250,00 per sinistro.

ART. 3 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

L'impresa assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione, a nome dell'Assicurato, delle vertenze sia in sede stragiudiziale sia in sede civile e/o penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico dell'Impresa le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Impresa ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'Impresa non rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 4 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia i danni:

- provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga;
- da furto e da incendio;
- da circolazione di veicoli a motore, nonché di navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà dell'Assicurato o da lui detenuti;
- a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titoli ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- derivanti da interruzioni di attività;
- provocati a persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno stesso in occasione di lavoro o servizio;
- inerenti all'attività professionale dell'Assicurato;
- derivanti da inquinamento;
- derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria o di commercio;
- conseguenti e inadempimenti di obblighi contrattuali e fiscali;
- derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria.

ART. 5.5 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato si obbliga a non transigere con terzi danneggiati né accettare il riconoscimento di responsabilità senza il preventivo benestare dell'Impresa; Si obbliga invece a denunciare con precisione i fatti (indicando le generalità di danneggiati e testimoni), le date ed i luoghi e, comunque, a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al sinistro.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Assistenza:

In caso di sinistro di Assistenza 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:

800.894123

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39.039.9890702** comunicando subito le seguenti informazioni:

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

Altre garanzie:

I sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **via internet** (sul sito www.Nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero 039/9890712**

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 ASSISTENZA ALLA PERSONA

- 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 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.

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.**
 - E' necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.
- Ricordarsi 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 (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Per eventuali reclami scrivere a

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Via Paracelso, 14
20864 Agrate Brianza – MB - fax 039/6890432 - reclami@filodiretto.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

Fascicolo Informativo Amitour Mod. 6001-001 (ed. 2016-01) – Ultimo aggiornamento 01/01/2016

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo del 17 settembre 2005 n° 209

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

Nota informativa al Contraente

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire tutte le informazioni preliminari necessarie al Contraente per sottoscrivere l'assicurazione prescelta con cognizione di causa e fondatezza di giudizio.

Essa è redatta nel rispetto delle disposizioni impartite dall'IVASS sulla base delle norme emanate a tutela del Consumatore dell'Unione Europea per il settore delle assicurazioni contro i danni e recepite nell'ordinamento italiano con Decreto Legislativo del 17 settembre 2005 n°209.

La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

Denominazione sociale, forma giuridica dell' Impresa e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede legale sita nella Repubblica Italiana in Agrate Brianza (MB) – cap. 20041 – Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso, 14. 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).

INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

Legislazione 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.

Prescrizione 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 sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dal Cliente all'Ufficio Reclami di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 14 - 20041 - Agrate Brianza - Mi - fax 039/6892199 - reclami@filodiretto.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, correndo 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.

Nel caso in cui le Parti abbiano scelto di applicare al contratto una legislazione diversa da quella italiana, l'organo competente sarà quello previsto dalla specifica legislazione. Il Contraente potrà comunque rivolgersi all'IVASS che faciliterà le comunicazioni ed i rapporti con il suddetto Organo di Vigilanza straniero.

Informazioni in corso di contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative al contratto, Filo diretto Assicurazioni S.p.A. si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché a fornire ogni necessaria precisazione mezzo lettera raccomandata.

Avvertenza

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

La presente nota è un documento che ha solo valore e scopo informativo.

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:

- a) 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;
- b) adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, disposizioni emanate da autorità ed organi di vigilanza e controllo;
- c) 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

a) 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.

b) 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.

c) 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, brokers, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche, Sim, legali, periti e autofficine, Impresa 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 pubblicistico, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo e quindi, a titolo di esempio, Ania, IVASS, 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 Infortuni, 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 - 20041 Agrate Brianza (MI).

6) Titolare del trattamento

Titolari del trattamento sono Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Paracelso 14 - 20041 Agrate Brianza (MI) nella persona del legale rappresentante, e ciascuna delle Imprese del Gruppo Filo diretto che effettuano il trattamento in via automatica con diretta responsabilità.

7) Manleva

Il contraente garantisce il pieno rispetto della disciplina vigente ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni, inerente i dati personali di terzi acquisiti in esecuzione della presente polizza, e terrà indenne e manleva Filo diretto Assicurazioni Spa e le società del gruppo, nonché i soggetti collegati e/o controllati, dipendenti, agenti e rappresentanti, di queste da qualsiasi obbligo risarcitorio e/o pretese di terzi, derivante o collegato alla violazione della suddetta disciplina da parte del contraente in esecuzione alla presente polizza ed in particolare con riferimento all'attività di acquisizione e trattamento dei dati personali.