

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA "INTERNATIONAL TRAVEL" MOD. INT003 06/2006

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

Ai sensi dell'art. 123 del decreto legislativo del 17 marzo 1995 n° 175 ed in conformità con quanto disposto dalla circolare ISVAP n° 303 del 2 giugno 1997.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

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'ISVAP 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 marzo 1995 n°175.

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 della Società e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con sede legale sita nella Repubblica Italiana in Agrate Brianza (MI) – cap. 20041 – Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso, 14. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al Contraente da parte della Società.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

La 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.

La 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 un anno 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'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, correddando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, 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'ISVAP 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.

Avvertenza

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

INFORMATIVA AL CLIENTE 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 Società) intende fornire la seguente informativa.

In relazione ai dati personali che riguardano il Cliente e che formeranno oggetto del trattamento, la Società 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 dalla Società 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 dalla Società 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 dalla Società o da Società 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 società e/o soggetti strettamente connessi al funzionamento della stessa e/o all'espletamento delle attività contrattualmente previste e da Lei richieste (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 della Società 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, alla Società o a società del Gruppo Filo diretto, soggetti esterni alla catena distributiva della Società 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, 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 società specializzate in servizi di data entry, fornitura di servizi informatici, servizi di gestione amministrativa e contabile, mediante soggetti incaricati dalla società.

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, 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 Infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione).

I dati potranno poi essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 c) a società del Gruppo Filo diretto (società 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 la società o presso i soggetti ai quali vengono comunicati o che possono venirne 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 società del Gruppo Filo diretto che effettuano il trattamento in via automatica con diretta responsabilità.

DEFINIZIONI

Assicurati: I cittadini stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e nei paesi 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 della Società in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza, previste in polizza, richieste dall'Assicurato.

Contraente La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

Day hospital La degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

Domicilio Il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato.

Paesi Schengen: I Paesi che applicano integralmente le disposizioni dell'aquis di Schengen.

Franchigia La parte del danno indennizzabile che rimane sempre a carico dell'Assicurato.

Infornio L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente oppure un'invalidità temporanea.

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, anche in regime di degenza diurna. Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e 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 preesistenti alla sottoscrizione della polizza.

Massimale Somma fino a concorrenza della quale la Società risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

Polizza Il documento che prova l'assicurazione.

Premio La somma di denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Residenza Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale.

Ricovero Degenza in Istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio Probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata

l'assicurazione.

Scoperto è la parte di ammontare del danno che rimane obbligatoriamente a carico dell'Assicurato, espressa in percentuale.

Sinistro Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione, che determina la richiesta d'assistenza, di rimborso o d'indennizzo da parte dell'Assicurato.

Società Filo diretto Assicurazioni S.p.A.

Terzi: qualunque persona ad esclusione del coniuge/convivente, degli ascendenti e discendenti legittimi, naturali o adottivi dell'Assicurato nonché degli altri parenti od affini con lui conviventi.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 – VALIDITÀ DECORRENZA E DURATA DELLA 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 decorrenza e la durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nel frontespizio di polizza sempreché in quel momento il premio sia stato pagato. In caso contrario la decorrenza della polizza avrà inizio dalle ore ventiquattro del giorno in cui sarà effettuato il pagamento, ferme le scadenze stabilite nel contratto.

ART. 2 – OPERATIVITÀ DELLE GARANZIE/PRESTAZIONI

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 nel frontespizio di polizza.

ART. 3 - ESTENSIONE TERRITORIALE

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

ART. 4 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto alla Società secondo le modalità previste alle singole prestazioni assicurative. 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. 5- ESCLUSIONI

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

- a) atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, tsunami, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali con caratteristiche di calamità naturali;
- c) sviluppo in ogni modo insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;
- d) infortuni e malattie conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o sostanze stupefacenti;
- e) dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- f) viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- g) malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla sottoscrizione della polizza o comunque preesistenti al viaggio dell'Assicurato, ad eccezione della prestazione trasporto della salma;
- h) patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana e dal puerperio;
- i) le spese per l'interruzione volontaria di gravidanza;
- j) espianto e/o trapianto di organi;
- k) alcolismo, tossicodipendenza, HIV o AIDS, malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidei, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;
- l) prove, allenamenti, gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte;
- m) 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;

- n) atti di temerarietà;
- o) attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, scherma, tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo;
- p) le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- q) svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco.

Sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.

ART. 6 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, HIV, AIDS o da una delle seguenti infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive), 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. 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 Società 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 Società 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.

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

ART. 8 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

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

ART. 9 - RIDUZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

Dopo ogni sinistro la somma assicurata per ogni singola garanzia si intende ridotta, con effetto immediato e fino al termine del periodo di assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del danno indennizzabile senza corrispondente restituzione di premio.

ART. 10 - CUMULO DEI RISCHI

In caso di evento che coinvolga più Assicurati l'esborso massimo della Società non potrà complessivamente superare l'importo di € 100.000,00. In caso di supero degli importi indicati, il costo eccedente resterà a carico in parti proporzionali fra gli Assicurati coinvolti nello stesso evento.

ART. 11 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. Nel caso in cui sia la Società a recedere dal contratto, quest'ultima, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 12 - PERIODO DI PRESCRIZIONE

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione e/o garanzia in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile

ART. 13 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa

cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma, telex o telefax.

ART. 14 - ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

ART. 15 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'articolo 1898 del Codice Civile.

ART. 16 - DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 17 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche della polizza devono essere provate per iscritto

ART. 18 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 19 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

ART. 20 - CONTROVERSIE

La quantificazione del danno sarà effettuata dalla Società 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 Società. 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.

ART. 21 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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art.1 - Oggetto dell'assicurazione

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati in polizza verranno rimborsate le spese mediche sostenute per cure mediche urgenti e non procrastinabili e/o ricovero ospedaliero d'urgenza, conseguenti a infortunio o malattia non preesistente manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia.

Il massimale comprende le:

- spese di ricovero, con il limite per la retta giornaliera di degenza di € 300,00;
- gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) fino a € 500,00;
- spese per i farmaci di pronto soccorso prescritti dal medico (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) fino a € 250,00;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'ospedale e al Pronto soccorso più vicino fino a € 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.

Art. 2 - Franchigia/scoperto

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

Art. 3 - Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Il sinistro deve essere denunciato tempestivamente dal Contraente o dall'Assicurato alla Società, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa. In seguito l'Assicurato dovrà inviare, entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, denuncia scritta a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via Paracelso, 14
20041 Agrate Brianza MI

indicando:

- nome, cognome, indirizzo e telefono;
- numero di polizza o dati del Contraente;
- 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.

La Centrale Operativa si riserva la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata. La mancata produzione, sia dei documenti sopra elencati sia di quelli eventualmente richiesti, può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

Art. 4 - Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali sono escluse:

- qualunque spesa nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso;
- le spese mediche di importo superiore a € 1.500,00, per cui

l'Assicurato non abbia contattato la Centrale Operativa in modo che la stessa potesse procedere al pagamento diretto o all'autorizzazione a sostenere le spese;

- nel caso di pagamento diretto delle spese mediche da parte della Società e previa attivazione della Centrale Operativa, l'eventuale eccedenza al massimale previsto in polizza e le relative franchigie;
- le spese per prestazioni o cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti, per cure dentarie e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite;
- le spese relative all'acquisto, manutenzione o riparazione di occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici;
- le spese per l'interruzione volontaria di gravidanza;
- le prestazioni e terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

ASSISTENZA ALLA PERSONA

ART.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società 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.

ART. 2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

ART. 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 - 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, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

ART. 4 - RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO

In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, la Centrale Operativa organizzerà e la Società prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) di un familiare purché assicurato entro il limite di spesa di € 800,00. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

ART. 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 entro il limite di € 5.000,00 (trattamento post-mortem, documentazione feretro da trasporto) 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. 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 Società 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.

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

ART. 21 - ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la Società 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 Società 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.

ART. 22 - RESPONSABILITÀ

La Società 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. 23 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

TRAVEL CARE

ART.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 società permettendo all'assicurato di accedere a servizi di consulenza medico-specialistica **online**.

ART. 2 - LA RETE DI STRUTTURE SPECIALISTICHE

Fanno parte della rete (*) di istituti altamente qualificati per l'erogazione della teleconsulenza di assistenza:

- Duke University Health System (Durham, USA)
- Cleveland Clinic Foundation (Cleveland, USA)
- Massachusetts General Hospital (Boston, USA)
- Brigham and Women's Hospital (Boston, USA)
- Istituto Tumori Milano di Milano
- L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
- Primari medici specialisti convenzionati con la Centrale Operativa di telemedicina.

ART. 3 - 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. 4 - LIMITAZIONI ALL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO

L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre prestazioni per anno.

ART. 5 - COSTO DELLA PRESTAZIONE

La Società tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione della consulenza medico-specialistica, escluso l'onorario dello specialista consultato. Rimangono inoltre 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 nelle principali località turistiche e di affari dotate della stazione di telemedicina è in corso di continui ampliamenti e nuove installazioni. L'elenco completo delle stazioni è consultabile sul sito del Gruppo Filo Diretto (www.netforcare.it)*



oppure può essere richiesto alla Centrale Operativa della Società.

MEDICAL PASSPORT

ART. 1 - DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Con Medical Passport l'assicurato ha la possibilità di creare la propria cartella sanitaria multi-lingue online, 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. 2 - ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

L'Assicurato accedendo al sito www.netforcare.it, alla sezione "Medical Passport", dovrà compilare un modulo online, indicando il numero della propria polizza o del contratto di servizio e scegliendo le Username e Password personali che gli saranno successivamente inoltrate via mail, come promemoria.

Con la doppia coppia di Username e Password potrà accedere alla propria cartella sanitaria online 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. 3 - UTILIZZO DEL SERVIZIO DI CARTELLA SANITARIA 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.netforcare.it e inserendo la Username e la Password indicate nella card personale Medical Passport, potranno avere accesso alla sua cartella sanitaria multi-lingue online accedendo a tutte le informazioni sulla sua storia sanitaria precedentemente inserite dallo stesso Assicurato.

ART. 4. - DURATA E RINNOVO

Il servizio è efficace per un anno dal momento dell'accesso dell'Assicurato all'area del sito www.netforcare.com a lui riservata e della sua accettazione delle condizioni di servizio. Alla scadenza, l'Assicurato potrà rinnovare il servizio alle condizioni che gli saranno comunicate, utilizzando la procedura di rinnovo disponibile sul sito.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di necessità contattare immediatamente la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 al numero telefonico + 39/039/6899965 (fax +39/039/60575339) comunicando subito le seguenti informazioni:

- Nome e Cognome
- Numero di polizza
- Motivo della chiamata
- Il luogo preciso in cui vi trovate
- Recapito telefonico

**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 segnalarci aree di miglioramento all'indirizzo email suggerimenti@filodiretto.it.**



MODULO PER LA DENUNCIA DI SINISTRO

Il presente Modulo dovrà essere inviato a Filo diretto Assicurazioni S.p.A. – Ufficio liquidazioni Sinistri Via Paracelso 14 - 20041 – Agrate Brianza – Milano.

COGNOME..... NOME
VIA..... NR°.....TELEFONO.....
CITTA'.....PV.....CAP.....
NR DI POLIZZA.....
LUOGO E DATA DEL SINISTRO.....

BREVE DESCRIZIONE DEL SINISTRO

.....
.....
.....
.....
.....

RIMBORSO 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.

(La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di rimborso come indicato all'Art. 21 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n° 196/2003 ed eventuali modifiche o integrazioni (altrimenti denominato "Codice Privacy"), l'Assicurato dà il suo consenso al trattamento dei dati personali.

FIRMA DELL'ASSICURATO O DEI TERZI TITOLARI DEI DATI

.....

