

CONDIZIONI GENERALI DI POLIZZA "AMIEASY" MOD. DT003 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 SOCIETA'

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, correlando 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:

- svolgimento o 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;
- adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, disposizioni emanate da autorità ed organi di vigilanza e controllo;
- svolgimento di attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti 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 esautiva 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

- Il conferimento dei dati personali relativi al cliente, (anche eventualmente di natura sensibile) è necessario per la conclusione e gestione del contratto e per la migliore esecuzione delle prestazioni contrattuali, nonché per l'espletamento delle attività strettamente connesse all'adempimento di tali prestazioni, oltre che alla gestione e liquidazione dei sinistri.
- Il conferimento dei dati può essere obbligato in base a legge, regolamento, normativa comunitaria.
L'eventuale rifiuto del consenso espresso al trattamento dei dati di cui ai punti a) e b) comporta l'impossibilità di concludere o dare esecuzione al contratto e/o di eseguire le prestazioni contrattualmente previste.
- Il conferimento dei dati personali a fini di informazione e promozione commerciale dei servizi e delle offerte 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 i cui sono demandate ai sensi della normativa vigente funzioni di rilievo pubblicitario, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo e quindi, a titolo di esempio, ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza dei fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale od altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (es. Ufficio Italiano Casellario Centrale 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 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 società del Gruppo Filo diretto che effettuano il trattamento in via automatica con diretta responsabilità.

DEFINIZIONI

Assicurato Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione Il contratto di assicurazione.

Assistenza L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito dei verificarsi di un sinistro.

Avaria: qualsiasi danno sofferto dal bagaglio durante la navigazione della nave o durante il volo dell'aeromobile.

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 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.

Europa Tutti i paesi dell'Europa continentale e del bacino del Mediterraneo.

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

Furto: È il reato, previsto all'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.

Guaio: qualsiasi evento improvviso e imprevisto del veicolo che comporti il fermo immediato dello stesso. Non sono considerati guaio: gli immobilizzi del veicolo determinati da richiami sistematici della Casa, da operazioni di manutenzione periodica e non, da controlli, da montaggio di accessori, come pure dalla mancanza di manutenzione o da interventi di carrozzeria non determinati da usura, difetto, rottura, mancato funzionamento e gli immobilizzi del veicolo a seguito di incendio.

Incendio: la combustione con fiamma di cose materiali al di fuori di appropriato focolare che può autoespandersi e propagarsi.

Incidente: qualsiasi evento accidentale in connessione con la circolazione stradale - collisione con altro veicolo, urto contro ostacolo fisso, ribaltamento, uscita di strada - che provochi ai veicoli danni tali da determinarne l'immobilizzo ovvero da consentirne la marcia ma con rischio di aggravamento dei danni medesimi, ovvero in condizioni di pericolosità e/o di grave disagio per gli utenti.

Infortunio 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 o preesistenti alla sottoscrizione della polizza.

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

Mondo Tutti i paesi del mondo.

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 verifichi 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.

Veicolo: il veicolo ad uso proprio o di terzi adibito a trasporto di persone, di non più di 8 anni di vetustà, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali e con targa italiana. Può essere: autovettura, camper, moto, roulotte o rimorchio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - DECORRENZA E DURATA DELLA POLIZZA E DELLE GARANZIE

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

Per le durate inferiori ad 1 anno la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

La garanzia "ANNULLAMENTO VIAGGIO" inizia dal giorno di sottoscrizione della polizza e termina il giorno della partenza all'ingresso della stazione ove ha inizio il viaggio, purché sia stato pagato il premio.

La garanzia "ANNULLAMENTO VIAGGIO" deve essere sottoscritta al momento della prenotazione del viaggio. Nel caso in cui la prenotazione sia già avvenuta (o in corso), la polizza deve essere sottoscritta al più tardi 30 giorni di calendario prima della partenza.

Le altre garanzie sono valide durante il periodo del viaggio come riportato nel frontespizio di polizza e comunque fino ad un massimo di 95 giorni consecutivi dalla data di inizio del viaggio stesso.

Per le sole polizze di tipo "RESIDENT" non è operativa la limitazione dei 95 giorni consecutivi.

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 Ceca, Repubblica Centro Africana, Repubblica Democratica del Congo, Rwanda, 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 - 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. 4 - ESCLUSIONI

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

- atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;

- eruzioni vulcaniche, terremoti, tsunami, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali con caratteristiche di calamità naturali;
- sviluppo in ogni modo insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;
- infortuni e malattie conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o sostanze stupefacenti;
- dolo del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla sottoscrizione della polizza o comunque preesistenti al viaggio dell'Assicurato, ad eccezione della prestazione trasporto della salma;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana e dal puerperio;
- le spese per l'interruzione volontaria di gravidanza;
- espianto e/o trapianto di organi;
- alcolismo, tossicodipendenza, HIV o AIDS, malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoici, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;
- prove, allenamenti, gare automobilistiche, motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte;
- 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, hydrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti, 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;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco.

Per le polizze di tipo "Vacanza" sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.

Art. 5 - 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.

Sono esclusi dalle coperture le persone che non acquistino viaggi con partenza o destinazione in Italia.

Art. 6 - 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 in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute,



al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro.

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

ART. 7 - 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. 8 - 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. 9 - CUMULO DEI RISCHI

In caso di evento che coinvolga più Assicurati l'esborso massimo della Società non potrà complessivamente superare l'importo di € 300.000,00. In caso di superamento degli importi indicati, il costo eccedente resterà a carico in parti proporzionali fra gli Assicurati coinvolti nello stesso evento.

ART. 10 - 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, rimborsa la parte di premio imponibile relativa al periodo di rischio non corso.

ART. 11 - 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. 12 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti 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. 13 - 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. 14 - 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. 15 - 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. 16 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche della polizza devono essere provate per iscritto

ART. 17 - ONERI FISCALI

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

ART. 18 - 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. 19 - 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. 20 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

Le seguenti garanzie sono operanti solo se espressamente indicate nel frontespizio di polizza.

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Art.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

Il massimale comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura, con il limite per la retta giornaliera di degenza di € 300,00;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) fino a € 2.000,00;
- spese per i farmaci prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) fino a € 250,00;
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 300,00 per Assicurato;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino a € 1.500,00.

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.

Nel limite del massimale indicato in polizza, per i residenti in Italia con area di destinazione del viaggio Italia, la Società rimborserà all'Assicurato le spese mediche sostenute derivanti da infortunio.

Per gli Assicurati residenti in Italia, le spese mediche sostenute in Italia per i soli casi di infortuni verificatisi durante viaggi all'estero saranno rimborsate nel limite di € 500 purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro.

Art. 2 - Franchigia/scoperto

Nessuna franchigia o scoperto sarà applicata, in caso di ricovero ospedaliero (day hospital e pronto soccorso esclusi), per infortunio o malattia indennizzabili a termini di polizza. In tutti gli altri casi sarà applicata una franchigia di € 70,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali

spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 3 - 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 (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio) 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.

Art. 4 - Denuncia del sinistro

Il sinistro deve essere denunciato immediatamente dal Contraente o dall'Assicurato alla Società, contattando telefonicamente la Centrale Operativa.

ASSISTENZA

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 - 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, la Società 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, la Società invierà il medico richiesto gratuitamente.

In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, la Società organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

ART. 4 - 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 segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova compatibilmente con le disponibilità locali.

ART. 5 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e



aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

ART. 6 - 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 (intendendosi ogni paese al di fuori dell'Europa Continentale ivi compresi i possedimenti, i territori e i dipartimenti d'oltremare), esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

ART. 7 - RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO

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

ART. 8 - 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 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. 9 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 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. 10 - ASSISTENZA AI MINORI

Qualora a seguito di malattia o infortunio, 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.

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

ART. 11 - 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 la Società 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

ART. 12 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, i familiari o il compagno di viaggio 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 e la Società terra' a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

ART. 13 - 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 indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, nel caso in cui, non potendo disporre l'Assicurato di detti medicinali, gli sia impossibile procurarsi in loco od ottenerne di equivalenti. In ogni caso il costo di detti medicinali resta a carico dell'Assicurato.

ART. 14 - 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 la Società se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00.

ART. 15 - 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 adeguata garanzia ritenuta idonea dalla Centrale Operativa. Resta inteso che detto anticipo dovrà essere restituito, alla Società dopo il rientro alla residenza e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

ART. 16 - RIENTRO ANTICIPATO

La Centrale Operativa organizzerà e la Società 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.

La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente la Società 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.

ART. 17 - SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE

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

ART. 18 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

Qualora l'Assicurato in stato di necessità' sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone, la Centrale Operativa si adopererà per l'invio di tali messaggi.

ART. 19 - 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.

ART. 20 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO

La Società 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 metta contestualmente a disposizione

l'importo stesso su apposito conto corrente bancario intestato alla Società. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente alla Società 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.

Per i viaggi effettuati in Europa, la Società provvederà ad organizzare e gestirà attraverso la Centrale Operativa le prestazioni indicate nei successivi articoli, previsti in caso di guasto o incidente occorsi al veicolo, restando inteso che tutte le spese conseguenti alla riparazione del veicolo (per guasto e/o incidente, furto) saranno comunque sempre a carico dell'Assicurato.

ART. 21 - SOCCORSO STRADALE E TRAINO

Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o a incidente, la Centrale Operativa invierà 24 ore su 24 e la Società terrà a carico il relativo costo, il mezzo di soccorso sul luogo dell'immobilizzo, per trainare l'auto al più vicino punto di assistenza della casa costruttrice o all'officina più vicina o eventualmente per effettuare sul posto piccoli interventi che permettano all'auto di riprendere la marcia autonomamente. I costi dei pezzi di ricambio eventualmente utilizzati per l'effettuazione sul posto di piccoli interventi ed ogni altra spesa di riparazione sono a carico dell'Assicurato.

Inoltre il costo del soccorso sarà a carico dell'Assicurato qualora il guasto o l'incidente avvengano al di fuori della rete stradale pubblica o ad aree ad esse equivalenti (percorsi in circuito o fuori strada).

Se l'auto rimane immobilizzata in autostrada in Italia, l'Assicurato dovrà far intervenire i mezzi di soccorso autorizzati, comunicandoli successivamente per telefono alla Centrale Operativa. Tale comunicazione è obbligatoria per poter usufruire del rimborso del soccorso, da parte della Centrale Operativa al ricevimento della ricevuta emessa dal soccorritore autorizzato.

ART. 22 - INVIO PEZZI DI RICAMBIO

La Centrale Operativa provvederà alla ricerca e all'invio di pezzi di ricambio necessari alla riparazione del veicolo, qualora gli stessi non fossero reperibili nel luogo dove si è verificato il guasto o l'incidente. In caso di spedizione aerea, i ricambi saranno inviati presso l'Aeroporto più vicino al luogo ove si trovi il veicolo. In ogni caso le spese di acquisto dei pezzi di ricambio e doganali resteranno a carico dell'Assicurato.

ART. 23 - SPESE DI ALBERGO

Se l'auto rimane immobilizzata in seguito a guasto o incidente e la riparazione può avvenire solo il giorno successivo, oppure è stata rubata costringendo i passeggeri che si trovano lontani dal proprio domicilio ad una sosta forzata, la Società terrà a proprio carico il soggiorno in albergo per tutti gli occupanti dell'auto per un pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di € 100,00 a persona. Le spese diverse da quelle sopra indicate rimangono a carico dell'Assicurato.

ART. 24 - 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.

In merito alle prestazioni di assistenza al veicolo sono esclusi:

- i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni;
- i veicoli di peso superiore a 35 quintali;
- i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;
- i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico;
- i veicoli che comunque abilitati trasportino più di nove persone;



- i veicoli che trasportino un numero di passeggeri superiore a quanto indicato nel libretto di circolazione.

ART. 25 - 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. 26 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

BAGAGLIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce entro i massimali indicati in polizza:

- 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 € 150,00 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 € 150,00 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 24 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

ART. 2 - LIMITAZIONI

Ferme le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di € 150,00 per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocinematografiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche.

I corredi fotocinematografici (obbiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie ecc.) sono considerati quali unico oggetto.

ART. 3 - ESCLUSIONI

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

- dolo, colpa, incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;
- insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;
- le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;
- 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;
- denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio;
- gioielli, pietre preziose, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso lasciati incustoditi.
- i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.);
- i beni che, diversi da capi di abbigliamento, siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo;
- i sinistri avvenuti in occasione di viaggi in Italia con area di partenza Italia.

ART. 4 - CRITERI DI RISARCIMENTO

Il risarcimento sarà liquidato, ad integrazione di quanto rimborsato dal vettore aereo o dall'albergatore responsabile dell'evento, fino alla concorrenza della somma assicurata, in base 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 alla competente Autorità facendosi 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 Società l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. La Società 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 Società pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati 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

L'assicurazione non opera per le persone che al momento dell'evento infortunio, abbiano già compiuto il 75° anno di età. L'eventuale incasso dei premi da parte della Società dopo tale limite di età, da diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione.

ART. 3 CAPITALI ASSICURATI E CUMULO

I massimali assicurati per Assicurato sono quelli indicati sul frontespizio di polizza. Le garanzie prestate sono:

- Caso morte
- Caso invalidità permanente

I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio la Società 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 la Società, 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 alla Società, 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 alla Società 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 alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

ART. 5 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 6 ESCLUSIONI

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

- guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni;

- 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, la Società 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, la Società provvederà al pagamento della somma assicurata prevista in caso di morte.

Invalidità Permanente:

qualora si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società 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 della Società 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.

INFORTUNI VOLO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nella qualità di passeggero di voli di Linee Aeree (esclusi gli aerobus), dal momento in cui sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso e che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte oppure l'invalidità permanente. La garanzia si intende valida anche per gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale quali, ad esempio, attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, purché non conseguenti a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezione, a tumulti popolari.

ART. 2 - CAPITALI ASSICURATI

I capitali assicurati, indicati in polizza si intendono di pari importo per il caso di Morte e di Invalidità Permanente.

ART. 3 - VALIDITÀ TERRITORIALE

La garanzia è valida in tutto il mondo.

ART. 4 - FRANCHIGIA

La liquidazione della indennità verrà effettuata con applicazione di una franchigia pari al 5%. Qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 65% l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di franchigia alcuna.

ART. 5 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia esplicitamente al diritto di surroga di cui all'art. 1916 Cod. Civ.

ART. 6 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO - POLIZZE INDIVIDUALI/NUCLEO FAMILIARE

Ai sensi ed agli effetti degli art. 1892 e 1893 del Cod. Civ., l'Assicurato dichiara:

- che la somma dei capitali della presente ed altre assicurazioni che includano la copertura del rischio volo stipulate dallo stesso Assicurato o da altri sulla sua persona non supera i limiti di:
- € 1.000.000 per il caso di morte;
- € 1.000.000 per il caso di invalidità permanente.

ART. 7 - CLAUSOLA DI CUMULO

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con la società l'esborso massimo di



quest'ultima non potrà superare l'importo di €300.000 per polizza e per evento.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 8 - VARIAZIONI DEL RISCHIO

In conformità a quanto stabilito dall'art. 522 del codice della navigazione, la Società non risponde se, per fatto dell'Assicurato, il rischio viene trasformato o aggravato.

TUTELA GIUDIZIARIA

ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, garantisce il pagamento delle spese legali e peritali, extragiudiziali e giudiziali, in sede civile e penale, per ogni grado di giudizio, nei limiti del massimale per vertenza e per anno assicurativo indicato nel frontespizio di polizza e dalle condizioni particolari previste, di un sinistro rientrante in garanzia. L'assicurazione è pertanto prestata per le spese:

- per l'intervento di un Legale;
- peritali di parte e CTU, informatore (investigatore privato);
- di giustizia nel processo penale (Art.535 del Codice di Procedura Penale);
- eventuali, legali e/o peritali di controparte, di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato;
- arbitrali rituali e/o irrituali;
- transazioni preventivamente autorizzate dalla Società;
- formulazioni di ricorsi ed istanze da presentarsi alle Autorità competenti;
- arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazioni, limitatamente a controversie per liquidazioni di danno.

ART. 2 ESCLUSIONI

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

- arbitrato e azioni legali nei confronti di compagnie di assicurazioni, limitatamente a controversie per liquidazioni di danno;
 - il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
 - gli oneri fiscali;
 - le spese attinenti all'esecuzione forzata oltre i primi due tentativi in qualità di creditore;
 - le spese per controversie in materia amministrativa ivi comprese quelle fiscali o tributarie;
 - le spese per controversie derivanti da fatti dolosi dell'Assicurato;
 - le spese per successioni, donazioni, e/o vertenze derivanti da compravendita permuta di immobili, terreni e beni mobili registrati;
 - le spese per controversie di natura contrattuale nei confronti della Società (salvo quanto previsto alla voce Arbitrato);
 - le spese per controversie tra assicurati (più persone assicurate nell'ambito dello stesso contratto);
 - le tasse di registro;
- Sono altresì esclusi i sinistri:
- relativi a prestazioni di recupero crediti nonché per morosità in contratti di locazione;
 - derivanti dalla circolazione di aeromobili, natanti e veicoli di proprietà e/o condotti dall'Assicurato;
 - relativi a reciproci rapporti fra Soci, Amministratori ed impresa, nonché a fusioni, trasformazioni e modifiche societarie;
 - che comportino controversie con enti previdenziali o in materia di assistenza obbligatoria, nonché vertenze relative ad assegnazione di appalti;
 - verificatisi in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

ART. 3 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i sinistri processualmente trattabili ed eseguibili, per vertenze di natura contrattuale, extracontrattuale e penale nei seguenti stati: Algeria; Andorra; Argentina; Australia; Austria;

Belgio; Bielorussia; Bulgaria; Canada; Canada; Cipro; Città del Vaticano; Danimarca; Egitto; Estonia; Finlandia; Francia; Germania; Giappone; Grecia; India; Irlanda; Italia; Lettonia; Liechtenstein; Lituania; Lussemburgo; Malta; Marocco; Messico; Nigeria; Norvegia; Paesi Bassi; Polonia; Portogallo; Principato di Monaco; Regno Unito; Repubblica ceca; Repubblica di S. Marino; Repubblica Sudafricana; Romania; Russia; Senegal; Slovacchia; Slovenia; Spagna; Svezia; Svizzera; Turchia; Ungheria; Usa; Venezuela.

ART. 4 COESISTENZA CON ASSICURAZIONE DI RESPONSABILITÀ CIVILE

Limitatamente al caso in cui l'Assicurato debba rispondere per danni arrecati a terzi o sia convenuto in giudizio in sede civile, l'assistenza legale viene prestata dalla compagnia di assicurazione che assicura la Responsabilità Civile per spese di resistenza e di soccombenza, ai sensi dell'Art.1917, 3° comma del Codice Civile. Pertanto la Società, con l'esclusione del caso di imputazione penale, non sarà tenuta ad alcun intervento se non ad integrazione e dopo esaurimento di quanto dovuto dalla compagnia di assicurazione che presta la Responsabilità Civile.

ART. 5 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia viene prestata per sinistri determinati da fatti verificatisi nel periodo di validità della polizza, precisamente dopo le ore 24 del giorno di decorrenza dell'assicurazione e comunque dopo l'inizio del viaggio dell'Assicurato;

I fatti che hanno dato origine al sinistro si intendono avvenuti nel momento iniziale della violazione della norma o dell'inadempimento; qualora il fatto che dà origine al sinistro si protragga attraverso più atti successivi, esso si considera avvenuto nel momento in cui è stato posto in essere il primo di tali atti.

Le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse, si considerano a tutti gli effetti un unico sinistro. In caso di imputazioni a carico di più persone assicurate e dovute al medesimo fatto, il sinistro è unico a tutti gli effetti.

ART. 6 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne tempestivo avviso scritto alla Società. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla garanzia, ai sensi dell'Art.1915 del Codice Civile. Unitamente alla denuncia l'Assicurato è tenuto a fornire alla Società tutti gli atti ed i documenti occorrenti, una precisa descrizione del fatto che ha originato il sinistro, nonché tutti gli altri elementi necessari.

In ogni caso l'Assicurato deve trasmettere alla Società, con la massima urgenza, gli atti giudiziari e, comunque, ogni altra comunicazione relativa al sinistro al seguente indirizzo: Filo diretto Assicurazioni S.p.A.- Centro Direzionale Colleoni - via Paracelso,14 - 20041 Agrate Brianza (MI).

ART. 7 GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato, dopo avere fatto alla Società la denuncia del sinistro, segnala per la tutela dei suoi interessi un Legale da lui scelto tra coloro che esercitano nel circondario del Tribunale ove egli ha il domicilio o hanno sede gli uffici giudiziari competenti. Successivamente la Società comunicherà il proprio benestare e l'Assicurato procederà alla nomina.

La Società, assume a proprio carico le relative spese fino alla concorrenza del massimale assicurato e nei limiti delle condizioni previste dalla presente polizza, secondo tabelle professionali determinate ai sensi del D.M. 585/94 e successive modificazioni.

L'Assicurato non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in sede stragiudiziale o in corso di causa senza preventivo benestare della Società (che dovrà pervenire all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta) pena il rimborso delle spese da questa sostenute e l'obbligo di restituire quelle eventualmente anticipate dalla Società. Negli stessi termini e con adeguata motivazione dovrà essere comunicato il rifiuto del benestare.

L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al Legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione necessaria - relativi al sinistro - regolarizzati a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore. Copia di tale documentazione e di tutti gli atti giudiziari predisposti dal Legale devono essere trasmessi alla Società.

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in

merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata ad un collegio arbitrale composto da tre arbitri di cui uno scelto dall'Assicurato, uno incaricato dalla Società ed un terzo nominato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale di competenza ai sensi di legge. Ciascuna delle Parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

ART. 8 SCELTA DEL LEGALE

Qualora non sia possibile definire la controversia in sede stragiudiziale, ovvero in caso di conflitto d'interessi tra la Società e l'Assicurato, quest'ultimo ha il diritto di scegliere un Legale di sua fiducia tra coloro che esercitano nel circondario del tribunale ove l'assicurato ha il proprio domicilio o hanno sede gli uffici giudiziari competenti, segnalandone il nominativo alla Società. La procura al legale designato dovrà essere rilasciata dall'Assicurato, il quale fornirà altresì la documentazione necessaria, regolarizzandola a proprie spese secondo le norme fiscali in vigore.

ART. 9 DELIMITAZIONI

Con riferimento all'Art.7, la garanzia riguarda esclusivamente i sinistri accaduti nell'ambito della vita privata dell'Assicurato e si riferisce ai seguenti casi:

- danni subiti dall'Assicurato, in conseguenza di fatti/atti di altri soggetti;
- controversie per danni cagionati ad altri soggetti in conseguenza di fatti/atti dell'Assicurato;
- difesa penale per reato colposo o contravvenzione per atti commessi o attribuiti;
- spese legali di avvocato domiciliatario per giudizi civili di valore superiore a € 1.000,00. Nel caso in cui l'Assicurato debba recuperare danni nei confronti di terzi, qualora il Legale fiduciario prescelto dall'Assicurato nella propria città di residenza non abbia studio nel luogo ove ha sede l'Autorità giudiziaria competente e debba farsi rappresentare da altro professionista, la Società corrisponderà anche le spese occorrenti per il Legale domiciliatario. Restano comunque esclusi gli oneri per la trattazione extragiudiziale;
- contenziosi in sede civile e penale in qualità di turista in viaggi organizzati, per qualsiasi fatto colposo occorso durante il viaggio. Sono comprese le vertenze con il Tour Operator o l'agenzia viaggi;
- controversie nascenti da pretese per inadempimenti contrattuali, di controparte, per le quali il valore in lite non sia inferiore a € 1.000,00.

RESPONSABILITÀ CIVILE

ART. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PERSONE ASSICURATE

La Società si obbliga, fino alla concorrenza dei massimali indicati in polizza, a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose ed animali, in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'ambito della vita privata.

ART. 2 RISCHI COMPRESI

L'assicurazione vale altresì per le responsabilità derivanti:

- dalla conduzione dell'abitazione ove l'Assicurato dimora durante il soggiorno all'estero, compresi i relativi impianti, dipendenze, giardini, strade private, alberi anche ad alto fusto, attrezzature sportive e piscine, recinzioni in genere, nonché cancelli automatici. Se l'abitazione fa parte di un condominio l'Assicurazione comprende tanto i danni di cui l'Assicurato debba rispondere in proprio quanto la quota proporzionale a suo carico dei danni derivanti dalla conduzione della proprietà comune, escluso ogni maggior onere conseguente al suo obbligo solidale con gli altri condomini. Sono altresì compresi, con applicazione di una franchigia pari a € 200,00, i danni derivanti da spargimento d'acqua, con l'esclusione comunque dei danni derivanti da rigurgiti di



- b) da intossicazione od avvelenamento causati da cibi o bevande preparate o somministrate dall'Assicurato, con l'esclusione comunque di tali danni, laddove la preparazione di cibo ovvero la somministrazione di bevande costituisca oggetto dell'attività svolta dall'assicurato;
- c) dalla proprietà od uso di imbarcazioni a remi o a vela di lunghezza non superiore a metri 6,50, purché non dati a noleggio o in locazione;
- d) dalla proprietà e/o uso di biciclette anche con servoassistenza a batteria o da circolazione in qualità di pedone;
- e) dall'esercizio di attività sportive a carattere ricreativo purché non praticate sotto l'egida di Federazioni ovvero per cui l'Assicurato percepisca una qualche forma di retribuzione;
- f) dalla proprietà, possesso od uso di cani, gatti, altri animali domestici ma non selvatici e di animali da sella in genere. Per i danni arrecati dai cani la Società applicherà una franchigia pari a € 100,00;
- g) dagli infortuni sofferti dai collaboratori familiari in occasione dell'espletamento delle loro mansioni (escluse le malattie professionali). Per i collaboratori familiari assicurati presso l'INAIL, la garanzia comprende anche le somme che l'Assicurato debba pagare a seguito di esercizio dell'azione di regresso da parte dell'INAIL. Per i danni sofferti dai collaboratori familiari, non assoggettati ad assicurazione obbligatoria presso l'INAIL, l'assicurazione deve intendersi limitata esclusivamente al caso di morte e di lesioni personali da cui sia derivata un'invalidità permanente di grado superiore al 5% calcolata sulla base delle tabelle di cui agli allegati DPR 30.06.1965 n° 1124;
- h) dalla pratica del campeggio, con l'utilizzo delle attrezzature necessarie ovvero di hobby quali modellismo, bricolage e giardinaggio, ivi compreso l'uso di falciatrici a motore;
- i) dalla proprietà e detenzione di armi, anche da fuoco purché legalmente detenute, compreso l'uso personale per difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili, escluso comunque l'esercizio dell'attività venatoria;
- j) per danni provocati in qualità di trasportato su autoveicoli, motoveicoli e natanti di proprietà altrui, per danni provocati a terzi non trasportati sui medesimi con esclusioni dei danni arrecati ai veicoli stessi;
- k) da interruzione o sospensione - totale o parziale - dell'utilizzo di beni di terzi nonché di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, fino alla concorrenza del 10% del massimale assicurato, con il limite di € 15.000,00 per periodo annuo di assicurazione e con detrazione di una franchigia di € 500,00.
- l) per danni a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato o da lui detenute. Questa garanzia si intende prestata nei limiti del massimo di garanzia per danni a cose ma con un limite di risarcimento di € 15.000,00 per sinistro. Qualora l'Assicurato sia già coperto da polizza incendio con garanzia "RICORSO TERZI" la presente opererà in l' rischio, per l'ecedenza rispetto alle somme assicurate con la suddetta polizza incendio.

ART. 3 ESCLUSIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

- a) derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria, di commercio o di servizio;
- b) derivanti da furto;
- c) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi di locomozione a motore;
- d) conseguenti ad inadempimenti di obblighi contrattuali e fiscali;
- e) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- f) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione;
- g) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi

assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

- h) a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimosse, sollevate, caricate o scaricate;
- i) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici;
- j) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;
- k) derivanti da umidità, stitilicidio ed in genere da insalubrità dei locali adibiti ad abitazione;

ART. 4 PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Ai fini della presente assicurazione non sono considerati terzi il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato nonché ogni altra persona con lui convivente.

ART. 5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art.1915 del Codice Civile).

ART. 6 GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. La Società si impegna a proseguire nella difesa penale dell'Assicurato fino all'esaurimento del grado di giudizio in corso al momento della tacitazione della parte lesa. Sono a carico della Società 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 Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

La Società non riconosce spese incontrate dall'assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ANNULLAMENTO VIAGGIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società indennizzerà, in base alle condizioni del presente contratto, l'Assicurato ed un compagno di viaggio, del corrispettivo di recesso per annullamento del viaggio, determinato ai sensi delle Condizioni Generali del regolamento di viaggio, che sia conseguenza di circostanze imprevedibili e non preesistenti al momento della prenotazione del viaggio determinate da:

- decesso, malattia o infortunio dell'Assicurato o del Compagno di viaggio, del loro coniuge/convivente, genitori, fratelli, figli, suoceri, generi, nuore, nonni, zii e nipoti sino al 3° grado di parentela, cognati, Socio contitolare della Ditta dell'Assicurato o del diritto superiore, di gravità tale da indurre l'Assicurato a non intraprendere il viaggio a causa delle sue condizioni di salute o della necessità di prestare assistenza alle persone sopracitate malate o infortunate.
- danni materiali all'abitazione, allo studio od all'impresa dell'Assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza;
- impossibilità dell'Assicurato a raggiungere il luogo di partenza a seguito di gravi calamità naturali dichiarate dalle competenti Autorità.
- guasto e/o incidente al proprio mezzo di trasporto che impedisca all'Assicurato di raggiungere il luogo di partenza del viaggio;
- convocazione della Pubblica Autorità dell'Assicurato;
- fuora dei documenti dell'Assicurato necessari all'espatrio quando sia comprovata l'impossibilità materiale per il loro rifacimento.
- impossibilità di usufruire da parte dell'Assicurato delle ferie già pianificate a seguito di assunzione o licenziamento da parte del datore di lavoro;

- impossibilità di raggiungere la destinazione prescelta a seguito di dirottamento causato da atti di pirateria aerea.

In caso di iscrizione contemporanea di un gruppo preconstituito di partecipanti l'Assicurato che annulla il viaggio potrà indicare una sola Persona quale "Compagno di viaggio".

ART. 2 - NORME PER LA SOTTOSCRIZIONE

La polizza deve essere sottoscritta al momento della prenotazione del viaggio.

Nel caso in cui la prenotazione sia già avvenuta (o in corso), la polizza deve essere sottoscritta al più tardi 30 giorni di calendario prima della partenza.

ART. 3 - MASSIMALE, SCOPERTO, FRANCHIGIE

L'assicurazione è prestata entro il massimale indicato in polizza fino ad un massimo di € 10.000,00 e con uno scoperto pari al 15% da calcolarsi sul corrispettivo di recesso con il minimo di € 50,00 per persona.

Lo scoperto non verrà applicato nei casi di decesso o ricovero ospedaliero.

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

L'Assicurato o chi per esso è obbligato, entro le ore 24 del giorno successivo al giorno dell'evento (intendendosi per tale il manifestarsi delle cause che determinano l'annullamento del viaggio), a fare immediata denuncia telefonica contattando il numero verde 800335747 oppure al numero 039/6899965 attivo 24 ore su 24.

L'Assicurato è altresì obbligato ad informare l'Agenzia di Viaggio presso la quale è stato prenotato il viaggio.

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni di rinunciare al viaggio per malattia o infortunio, senza ricovero ospedaliero, la Centrale Operativa provvederà, con il consenso dell'Assicurato, ad inviare gratuitamente il proprio medico fiduciario al fine di certificare che le condizioni dell'Assicurato siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e per consentire l'apertura del sinistro attraverso il rilascio da parte del medico dell'apposito certificato. In questo caso il rimborso verrà effettuato applicando la franchigia indicata nell'articolo 3.

La Società, a fronte della sopracitata richiesta da parte dell'Assicurato, si riserva il diritto eventualmente di non inviare il proprio medico fiduciario; in questo caso l'apertura del sinistro verrà effettuata direttamente dal medico della Centrale Operativa. Anche in questo caso il rimborso verrà effettuato con l'applicazione della franchigia indicata nell'articolo 3.

Qualora l'Assicurato non consenta alla Società di inviare gratuitamente il proprio medico fiduciario al fine di certificare che le condizioni dell'Assicurato siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e/o non denunci il sinistro entro le ore 24.00 del giorno successivo al giorno dell'evento, lo scoperto a suo carico sarà pari al 25% tranne nei casi di morte o ricovero ospedaliero.

L'Assicurato deve consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari alla definizione del sinistro nonché produrre alla stessa, tutta la documentazione relativa al caso specifico liberando, a tal fine, dal segreto professionale i Medici che lo hanno visitato e curato eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

L'inadempimento di tali obblighi e/o qualora il medico fiduciario della Società verifichi che le condizioni dell'Assicurato non siano tali da impedire la sua partecipazione al viaggio e/o in caso di mancata produzione da parte dell'assicurato dei documenti necessari alla Società per la corretta valutazione della richiesta di rimborso possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

IMPORTANTE: L'indennizzo spettante all'Assicurato è pari al corrispettivo di recesso (cioè alla penale prevista dal contratto di viaggio, nel caso di cancellazione dello stesso), calcolato alla data in cui si è manifestato l'evento, ovvero il verificarsi delle circostanze che hanno determinato l'impossibilità ad intraprendere il viaggio. L'eventuale maggior corrispettivo di recesso, addebitato dal Tour Operator in conseguenza di un ritardo da parte dell'Assicurato nel segnalare l'annullamento del viaggio al Tour Operator resterà a carico dell'Assicurato.



TRAVEL CARE

Il Servizio Travel Care si intende incluso per le polizze di tipo "Vacanza" che prevedono la garanzia Assistenza e/o Rimborso Spese Mediche e per la polizza di tipo "Studio"

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 **on line**.

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, incluso l'onorario dello specialista consultato.

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

(* *La rete delle strutture sanitarie specialistiche e dei centri convenzionati 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.*

BEST OPINION

Il Servizio Best Opinion si intende incluso per le polizze di tipo "Affari" e "Resident" che prevedono la garanzia Assistenza e/o Rimborso Spese Mediche.

ART. 1 - DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

L'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha la possibilità di ricevere un secondo parere medico, complementare rispetto a una precedente valutazione medica, da parte di uno specialista della rete.

La consulenza specialistica verrà erogata, in via principale e ove possibile, con modalità telematica attraverso il sistema di telemedicina **Net for Care**, e con la possibilità per l'Assicurato **di interagire in**

videoconferenza direttamente con il medico specialista.

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 **on line**.

ART. 2 - LA RETE DI STRUTTURE SPECIALISTICHE

Gli istituti di cura altamente specializzati e selezionati per l'erogazione della consulenza di Second Opinion sono:

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

ART. 3 - COME ACCEDERE ALLA TELECONSULENZA

Se l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di una consulenza medico-specialistica di second opinion, potrà contattare la **Centrale Operativa di Telemedicina** della Società, che si occuperà di gestire e organizzare tutte le diverse fasi del servizio.

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, accertata la necessità della richiesta, attingendo alla propria **banca dati**, individua i migliori specialisti convenzionati relativamente al caso clinico in esame e li sottopone all'Assicurato per la sua scelta finale. Successivamente si procede con il consulto come di seguito indicato:

- Nel caso in cui lo specialista faccia parte di uno degli istituti connessi con il sistema di telemedicina, viene organizzato il **teleconsulto** invitando l'Assicurato e/o un suo familiare a presenziare recandosi presso il centro più vicino dotato di stazione di telemedicina **Net for Care**. Qualora l'Assicurato non si rendesse disponibile per il consulto online, la Società predisporrà comunque il teleconsulto con il proprio medico di Centrale.
- Qualora lo specialista prescelto non sia collegato alla rete telematica ma sia dotato di connessione **Internet**, la Società, di seguito alla ricezione dell'intera documentazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, organizza l'accesso via Internet alla cartella clinica del paziente da parte del medico specialista che potrà formulare il proprio parere direttamente on line. Qualora invece sia l'Assicurato a non potersi recare presso la struttura sanitaria presso la quale è installata una stazione di telemedicina per assistere al teleconsulto on line, ma abbia a disposizione un PC collegato ad internet e dotato di webcam, la Società potrà organizzare il teleconsulto attraverso Internet alla presenza anche di familiari o del medico curante dell'Assicurato. La connessione alle informazioni medico-diagnostiche del paziente avviene su sito sicuro e attraverso la creazione di password temporanee (one time).
- Se invece lo specialista prescelto non è collegato alla rete telematica, né raggiungibile attraverso Internet, o l'Assicurato non è disponibile in alcun modo al consulto on line, la Società, di seguito alla ricezione dell'intera documentazione clinica e diagnostica dell'Assicurato, ne predisponde la traduzione (se necessaria) e la invia per posta allo specialista. Una volta eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche, il medico specialista formula una risposta scritta e la inoltra alla Centrale Operativa. Con la finalità di fornire un'efficace e completa comunicazione del parere erogato, la Centrale Operativa organizza un incontro nella città di residenza tra l'Assicurato e un medico specialista affinché quest'ultimo possa consegnare e spiegare opportunamente il contenuto della consulenza ricevuta.

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, incluso l'onorario dello specialista consultato.

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

(* *La rete delle strutture sanitarie specialistiche e dei centri convenzionati dotate della stazione di telemedicina è in corso di continui ampliamenti e nuove installazioni. L'elenco completo delle stazioni è consultabile sul sito del Gruppo Filo Diretto (www.netforcare.it) oppure può essere richiesto alla Centrale Operativa della Società.*

MEDICAL PASSPORT

Il Servizio Medical Passport si intende incluso per qualsiasi tipologia di polizza Amieasy

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



Filo diretto

ASSICURAZIONI

Una società del Gruppo Filo diretto
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 durante il vostro viaggio contattare immediatamente la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24 al numero telefonico +39/039/6899965 (fax +39/039/6057533) comunicando subito le seguenti informazioni:

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

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Filo diretto Assicurazioni Spa
Ufficio Sinistri
Via Paracelso 14 – Centro Colleoni
20041 Agrate Brianza (Milano)
Tel +39/0396899941

Utilizzando l'apposito modulo per la denuncia di sinistro.

**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](mailto:email_suggerimenti@filodiretto.it).**



Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
Decreto del Ministero dell'Industria, Commercio e Artigianato
del 20/10/93 (Gazzetta Ufficiale del 03/11/93 n° 258)

FILO DIRETTO ASSICURAZIONI S.p.A.
Centro Direzionale Colleoni * via Paracelso, 14 * 20041 Agrate Brianza (MI)
Tel. 039.6056804 * fax 039.6057533 * www.filodiretto.it
Capitale sociale € 11.800.000,00 interamente versato
C.C.I.A.A. 1395446 * Iscr. Trib. di Monza 49790
Partita IVA IT 02230970960 * C.F. 01757980923

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

BARRARE LA GARANZIA ED ALLEGARE LA DOCUMENTAZIONE DI SEGUITO SPECIFICATA:

(La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di rimborso come indicato all'art. 20 delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale.)

? 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.

? BAGAGLIO

- Nel caso di mancata consegna e/o danneggiamento dell'intero bagaglio o di parte di esso consegnato al vettore aereo, originale del P.I.R (rapporto irregolarità bagaglio) effettuato immediatamente presso l'ufficio aeroportuale;
- originale del biglietto aereo (unitamente al contrassegno del bagaglio);
- copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di polizia del luogo dove si è verificato il fatto, riportante le circostanze del sinistro e l'elenco degli oggetti rubati, il loro valore e la data di acquisto;
- copia del reclamo presentato al vettore o all'albergatore eventualmente responsabile;
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso;
- fatture, scontrini dei beni acquistati o perduti (in mancanza elenco, data, luogo d'acquisto e il loro valore);
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti di identità se sostenute;
- fatture di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista del settore.

? INFORTUNI DI SUPERFICIE E DI VOLO

- luogo, giorno, ora e causa del sinistro;
- cause che lo hanno determinato;
- certificati medici;
- eventuale verbale delle autorità che sono intervenute;
- il decorso della lesione dovrà essere certificato da ulteriore documentazione medica, fino alla completa guarigione o alla stabilizzazione delle conseguenze prodotte dall'infortunio.

? RESPONSABILITÀ CIVILE

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno determinato il danno a terzi e, copia della denuncia presentata all'autorità competente;
- richiesta di risarcimento dei danni da parte del terzo danneggiato;
- eventuale documentazione fotografica dei beni o delle parti di beni danneggiati.

? ANNULLAMENTO VIAGGIO

- In caso di malattia o infortunio, certificato medico attestante la data dell'infortunio o dell'insorgenza della malattia, la diagnosi specificata e i giorni di prognosi;
- in caso di ricovero, copia della cartella clinica;
- In caso di decesso, il certificato di morte;
- in caso di incidente al mezzo di trasporto copia della constatazione amichevole di incidente (C.I.D) e/o verbale dei vigili;
- in caso di furto dei documenti dei documenti di riconoscimento copia della denuncia di furto e la documentazione attestante il rifacimento.

- estratto conto di conferma prenotazione al viaggio;
- fattura relativa alla penale addebitata;
- programma e regolamento del viaggio;
- ricevute (acconto, saldo, penale) di pagamento del viaggio;
- documenti di viaggio
- Contratto di prenotazione del viaggio

In caso di penale addebitata dal vettore aereo:

- conferma dell'acquisto del biglietto o documento analogo;
- ricevuta di pagamento del biglietto;
- dichiarazione del vettore aereo attestante la penale addebitata;
- originale del biglietto aereo.

? ASSISTENZA AL VEICOLO

- Copia libretto di circolazione
- originali dei documenti di spesa sostenuti

? TUTELA GIUDIZIARIA

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno determinato il danno;
- eventuale copia della denuncia presentata all'Autorità competente;
- le spese legali e peritali documentate.

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

