



CON TE 24 ORE SU 24
PER 365 GIORNI

Filo diretto
ASSICURAZIONI
Una società del Gruppo Filo diretto



Mod. 365 - MFA - Sun Seeker - 07/07 - 500

AMI Assistance
Una società del Gruppo Filo diretto

SOCIETÀ PER AZIONI - CAPITALE SOCIALE € 11.800.000,00 - C.C.I.A.A. MI 1395446 - ISCR. TRIB. MONZA 49790
VIA PARACELSO, 14 - 20041 AGRATE BRIANZA (MI) - IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI
DECRETO MINISTRO INDUSTRIA, COMMERCIO E ARTIGIANATO DEL 20/10/93 (GAZZETTA UFFICIALE DEL 3/11/93 N° 258)

GARANZIE OPERANTI E SOMME ASSICURATE

Infortuni/Malattia prima della partenza		Compresa
Rimborso spese mediche da infortunio o malattia	Italia	€ 500,00
	Estero	€ 10.000,00
Annullamento viaggio		€ 8.000,00
Assistenza alla persona		Compresa
Bagaglio	Italia	€ 500,00
	Estero	€ 1.000,00
Rimborso del viaggio (75%) a seguito ritardata partenza		Compresa
Servizio di teleconsulto "Travel Care"		Compresa
Ripetizione viaggio		Compresa
Ritardo del volo di partenza e/o di ritorno del viaggio		€ 70,00
Assistenza domiciliare per l'assicurato 365 gg		Compresa
Tutela giudiziaria		€ 2.500,00

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 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, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni 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 comunicare tempestivamente al Contraente, nonché a fornire ogni necessaria precisazione.

Avvertenza

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

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

In conformità di quanto previsto dall'art. 13 del decreto Legislativo 196/2003 ed eventuali modifiche o integrazioni (di seguito denominato "Codice Privacy"), Filo diretto Assicurazioni S.p.A. (di seguito denominata Società) intende fornire la seguente informativa. In relazione ai dati personali che riguardano il Cliente e che formeranno oggetto del trattamento, la Società intende precisare che:

- il trattamento dei dati è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti del Cliente;
- il trattamento dei dati può comprendere anche i dati personali strettamente inerenti al rapporto contrattuale, rientranti nel novero dei "dati sensibili" di cui agli articoli 4 comma 1 lettera d) e 26 del Codice Privacy.

1 - Finalità del trattamento

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

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

2 - Modalità del trattamento

Il trattamento in oggetto è svolto secondo le modalità previste dal Codice Privacy, anche a mezzo di strumenti informatici e automatizzati, in via non esaustiva attraverso operazioni di raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, selezione, raffronto, utilizzo, interconnessione, consultazione, comunicazione, cancellazione, distruzione, blocco

dei dati, secondo principi di tutela della sicurezza/protezione, accessibilità, confidenzialità, integrità. Gli stessi dati sono trattati e detenuti nei termini di quanto obbligatoriamente previsto dalla legge, nei limiti e per le modalità dalla stessa specificate.

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

I dati non sono soggetti a diffusione.

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

3 - Conferimento dei dati

- a) Il conferimento dei dati personali relativi al cliente, (anche eventualmente di natura sensibile) è necessario per la conclusione e gestione del contratto e per la migliore esecuzione delle prestazioni contrattuali, nonché per l'espletamento delle attività strettamente connesse all'adempimento di tali prestazioni, oltre che alla gestione e liquidazione dei sinistri.
- b) Il conferimento dei dati può essere obbligatorio in base a legge, regolamento, normativa comunitaria.

L'eventuale rifiuto del consenso espresso al trattamento dei dati di cui ai punti a) e b) comporta l'impossibilità di concludere o dare esecuzione al contratto e/o di eseguire le prestazioni contrattualmente previste.

- c) Il conferimento dei dati personali a fini di informazione e promozione commerciale dei servizi e delle offerte della Società è facoltativo e non comporta conseguenze in ordine al rapporto contrattuale.

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

I dati potranno essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1 a) 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, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela, servizi di archiviazione della documentazione e società specializzate in servizi di data entry, fornitura di servizi informatici, servizi di gestione amministrativa e contabile, mediante soggetti incaricati dalla società. Gli stessi dati potranno essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 b) a soggetti cui la comunicazione è per legge obbligatoria, nei limiti e per le finalità previste dalla stessa legge, organi pubblici e organi di vigilanza, soggetti pubblici e privati cui sono demandate ai sensi della normativa vigente funzioni di rilievo pubblicistico, organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo e quindi, a titolo di esempio, Ania, ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, CONSAP, UCI, Commissione di Vigilanza dei fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale od altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (es. Ufficio Italiano Casellario Centrale Infortuni, Motorizzazione Civile e dei trasporti in concessione).

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

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

L'art.7 del Codice Privacy conferisce al Cliente specifici diritti tra cui quello di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati presso la società o presso i soggetti ai quali vengono comunicati o che possono 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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

DEFINIZIONI

Alle seguenti espressioni le Parti attribuiscono convenzionalmente i significati qui precisati:

AMI ASSISTANCE: l'Agenzia della Società.

ASSICURATO: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta

al viaggio organizzato dal Contraente e regolarmente comunicata alla Società.

ASSICURAZIONE: E' il contratto di assicurazione

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

BAGAGLIO: i capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocinematografico 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 24 ore su 24, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza su richiesta dell'Assicurato.

CONTRAENTE: Il soggetto che stipula l'assicurazione ovvero la persona fisica o giuridica organizzatrice del viaggio che ha sottoscritto la polizza, assumendosene i relativi oneri, a favore dell'Assicurato.

EUROPA: Tutti gli stati europei e inoltre: Algeria, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia.

ESTERO: Tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

FRANCHIGIA: Parte del danno indennizzabile che rimane sempre a carico dell'Assicurato.

FURTO: E' 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.

INDENNIZZO: La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO: L'evento, dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali per conseguenza diretta ed esclusiva abbiano determinato la morte oppure un'invalidità permanente.

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

ITALIA: Il territorio della Repubblica Italiana; la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

MALATTIA: L'alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti all'inizio del viaggio

MONDO: Tutte le Nazioni diverse da quelle ricomprese nelle definizioni di Italia ed Europa.

NUCLEO FAMILIARE: Il coniuge/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.

POLIZZA: Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO: La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO: degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

SERVIZI TURISTICI: Passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto ecc. venduti dal Contraente all'Assicurato.

SCOPERTO: L'importo che, per ciascun sinistro, è a carico dell'Assicurato, in misura percentuale sul danno risarcibile a termini contrattuali.

SINISTRO: Il verificarsi del fatto dannoso contro cui è prestata la garanzia assicurativa

SOCIETA': 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.

VIAGGIO: I servizi turistici venduti dal Contraente all'Assicurato

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1 - 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. 2 - SEGRETO PROFESSIONALE

In ottemperanza alla L. 675/96, e comunque al momento della denuncia del sinistro, con particolare riferimento al trattamento dei dati anche sensibili e/o relativi a terzi, l'Assicurato dovrà presentare il consenso di questi ivi inclusa la specifica autorizzazione nei confronti dei medici liberandoli a tal fine gli stessi dal segreto professionale.

ART. 3 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - VALIDITÀ, DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La garanzia Annullamento Viaggio decorre dalla data d'iscrizione al viaggio (con il pagamento del premio assicurativo da parte dell'Assicurato) e termina il giorno della partenza al momento in cui l'Assicurato inizia a fruire del primo servizio turistico fornito dal Contraente. Le altre garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi, comunque al 60esimo giorno dalla data inizio viaggio ad eccezione della garanzia Infortuni e malattia prima della partenza che seguono la specifica normativa indicata e delle garanzie di Assistenza domiciliare, che terminano dopo 365 giorni dalla data di inizio del viaggio.

ART. 2 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subito il sinistro che ha originato il diritto alla prestazione. Nel caso di viaggi in aereo, treno, pullman o nave, dalla stazione di partenza [aeroporale, ferroviaria o altra del viaggio organizzato] a quella di arrivo in Italia alla conclusione del viaggio.

ART. 3 - ESCLUSIONI

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

valide per tutte le garanzie:

- 1) Scioperi, sommosse, movimenti popolari;
- 2) coprifuoco, blocco delle frontiere, rappresaglie, sabotaggio;
- 3) terrorismo, guerra, insurrezioni;
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici;
- 6) uso non terapeutico di stupefacenti e psicofarmaci;
- 7) malattie mentali ed i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 8) suicidio o tentativo di suicidio.

valide per tutte le garanzie salvo la garanzia Annullamento viaggio:

- 9) movimenti tellurici, eruzione vulcanica, inondazione o altri fenomeni naturali;
- 10) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

valide per le garanzie Assistenza e Spese Mediche

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

ART. 4 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato la Società restituisce i precitati originali, previa opposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettuerà il pagamento di quanto dovuto a termine del presente contratto previa dimostrazione delle spese

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

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI E MALATTIA PRIMA DELLA PARTENZA

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Qualora, in seguito ad infortunio o malattia avvenuto/manifestatosi successivamente alla prenotazione del viaggio, l'Assicurato sia in condizioni di inabilità temporanea tale da impedirne la partecipazione al viaggio, la Società gli rimborserà le spese mediche sostenute, per la diagnosi e la cura dell'infortunio o della malattia fino ad un massimale di Euro 600,00 in caso di infortunio o di Euro 500,00 in caso di malattia. In assenza di spese sostenute o di idonea documentazione e, comunque, in alternativa, riconoscerà un indennizzo forfetario pari ad Euro 200,00.

ART. 2 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro l'Assicurato o chi per esso è obbligato, entro le ore 24 00 del giorno successivo al giorno dell'evento a fare immediata denuncia telefonica a Filo diretto Assicurazioni, al numero verde 800335747 attivo 24 ore su 24 oppure al numero 039/6899965 comunicando gli estremi del sinistro. 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.

ART. 3 - IMPEGNO DELLA SOCIETÀ

La Società, qualora l'Assicurato denunci il sinistro entro il termine e con le modalità indicate nel precedente articolo 2, si impegna a liquidare il sinistro entro 45 giorni dalla data di denuncia a condizione che la documentazione completa, che verrà indicata dalla Società all'Assicurato al momento della denuncia telefonica, richiesta dalla Società arrivi entro il 15° giorno dalla data di denuncia stessa. Qualora per ragioni imputabili alla Società la liquidazione del sinistro avvenga dopo 45 giorni, sarà riconosciuto all'Assicurato l'interesse legale (composto) calcolato sull'importo da liquidare.

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 al momento della prenotazione del viaggio determinate da:

- decesso per malattia o infortunio o da 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 titolare della Ditta dell'Assicurato o del diretto 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.

Per gli Assicurati ed i loro familiari si intendono incluse in garanzia le malattie preesistenti. Sono altresì comprese le patologie della gravidanza purché insorte successivamente alla data di decorrenza della garanzia;

- 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;
- furto 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;
- impossibilità ad intraprendere il viaggio a seguito della variazione della data

della sessione di esami scolastici o di abilitazione all'esercizio dell'attività professionale, di partecipazione ad un concorso pubblico, del matrimonio; impossibilità ad intraprendere il viaggio nel caso in cui, nei 7 giorni precedenti la partenza dell'Assicurato stesso, si verifichi lo smarrimento od il furto del proprio animale (cani e gatti) o un intervento chirurgico salvavita per infortunio o malattia subito dall'animale (regolarmente registrato).

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 - MASSIMALE, SCOPERTO, FRANCHIGIE

L'assicurazione è prestata fino al massimale previsto in polizza. Per tutti gli eventi non conseguenti a malattia o infortunio dell'Assicurato lo scoperto è pari al 10%. In caso di annullamento da infortunio o malattia dell'Assicurato verrà applicata una franchigia come da tabella seguente:

Giorni tra evento e data partenza	Franchigia
Giorni da 0 a 10	Euro 200
da 11 a 30	180
oltre 30	150

ART. 3 - 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 2. 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 2. 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, verranno applicati i seguenti scoperti tranne nei casi di morte o ricovero ospedaliero.

- 10% in caso di corrispettivo di recesso inferiore o pari al 50%;
- 20% in caso di corrispettivo di recesso compreso tra il 51% e il 75%;
- 30% in caso di corrispettivo di recesso compreso tra il 76% e il 100%.

In ogni caso verrà applicata, dopo aver dedotto lo scoperto, la franchigia come da tabella indicata nell'articolo 2. 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.

Resta inteso che il calcolo dell'indennizzo è pari al corrispettivo di recesso previsto alla data in cui si è manifestato l'evento; 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, resterà a carico dell'Assicurato. Non saranno ammessi al risarcimento i sinistri denunciati oltre i 5 giorni lavorativi dal verificarsi dell'evento.

ART. 4 - IMPEGNO DI FILO DIRETTO ASSICURAZIONI

Filo diretto Assicurazioni, qualora l'Assicurato denunci telefonicamente il sinistro entro le ore 24 del giorno successivo al giorno dell'evento, si impegna a liquidare il sinistro entro 45 giorni dalla data di denuncia a condizione che la documentazione completa arrivi entro il 15° giorno dalla data di denuncia stessa. Qualora per ragioni imputabili a Filo diretto Assicurazioni la suddetta liquidazione avvenga dopo 45 giorni, sarà riconosciuto all'Assicurato l'interesse legale (composto) calcolato sull'importo da liquidare.

ART. 5 - DIRITTO DI SUBENTRO

Per ogni annullamento viaggio di cui all'articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione, soggetto a corrispettivo di recesso superiore al 50%, l'Assicurato riconosce espressamente che la proprietà ed ogni diritto connesso allo stesso si intendono trasferiti alla Società che ne potrà disporre liberamente sul mercato acquisendone in via definitiva e senza richiesta alcuna di risarcimento da parte dell'Assicurato, gli eventuali corrispettivi che ne dovessero derivare.

RIMBORSO DEL VIAGGIO A SEGUITO DI RITARDATA PARTENZA

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società rimborserà all'Assicurato il 75% del costo totale del viaggio, qualora l'Assicurato decida di non partecipare al viaggio stesso in seguito ad un ritardo del volo di andata di almeno 8 ore complete. L'assicurazione interviene in caso di ritardo del volo, nel giorno della partenza, calcolato sulla base dell'orario ufficiale comunicato al viaggiatore con il foglio notizie o con il telex di convocazione dovuto a motivi imputabili alla Compagnia aerea o al Tour Operator o a cause di forza maggiore quali scioperi, intasamenti aeroportuali, o tempo inclemente. Il rimborso è previsto solo nei casi in cui la variazione dell'orario di partenza non sia stata ufficializzata dalla Compagnia aerea o dal Tour Operator nelle 24 ore precedenti la partenza stessa.

ART. 2 - ESCLUSIONI

La garanzia non è operante quando il volo previsto è stato definitivamente cancellato e non riprodotto e quando la data di rientro prevista, risultante dalla prenotazione iniziale, viene posticipata.

RIMBORSO SPESE MEDICHE DA MALATTIA O INFORTUNIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato indicati al punto "Garanzie operanti e somme assicurate" verranno rimborsate le spese mediche sostenute durante il viaggio, conseguenti a malattia o infortunio verificatosi durante il periodo di validità della garanzia relativamente ai: onorari medici, cure dentarie solo a seguito di infortunio e con il limite di Euro 200,00, ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, medicinali prescritti da un medico. In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza; la Centrale Operativa, su richiesta dell'assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

Per gli importi superiori a Euro 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa. Le spese mediche sostenute dopo il termine del viaggio, per i soli casi di infortuni verificatisi durante il viaggio saranno rimborsate nel limite di Euro 1.000,00, purché sostenute entro 60 giorni dalla data di rientro.

ART. 2 - FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di Euro 50,00 che rimane a carico dell'Assicurato. Per i sinistri con importo superiore ad Euro 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, e sempre che l'Assicurato sia in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese sostenute attraverso bonifico bancario o carta di credito, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di Euro 50,00. Resta inteso che nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

ART. 3 - ESCLUSIONI

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

INFORTUNI DI SUPERFICE - MORTE/INVALIDITA' PERMANENTE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di attività che non abbia carattere professionale, nel periodo di efficacia della garanzia ed entro il massimale indicato al punto "Garanzie operanti e somme assicurate".

Sono Considerati infortuni gli eventi dovuti a causa fortuita, violenta ed esterna, che producono lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente

Sono parificati ad infortunio:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione involontaria o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- la folgorazione;
- le affezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punte di insetti;
- le lesioni muscolari determinate da sforzi, con l'esclusione delle ernie traumatiche o da sforzo, degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini

ART. 2 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione cessa al compimento del settantacinquesimo anno di età. Tale cessazione si verifica nonostante l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo la cessazione stessa.

ART. 3 - MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi dell'Assicurato.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il Capitale previsto per il caso di morte

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Art. 60 e 62 C.C. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita. L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per il caso di invalidità permanente.

Pertanto, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società, solo nel caso in cui il capitale garantito per il caso di morte sia superiore a quello per invalidità permanente, corrisponde un ulteriore indennizzo a conguaglio della differenza tra l'indennizzo per morte e quello già pagato per invalidità permanente.

ART. 4 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva totale, la Società liquida l'intera somma assicurata per invalidità permanente.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste nell'allegato 1) del D.P.R. 30.6.65 n. 1124 (T.U. dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro). Si conviene che non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale.

ART. 5 - 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 € 250.000,00 per polizza ed € 500.000,00 per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopraindicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 6 - ESCLUSIONI

Per la garanzia Morte e Invalidità Permanente sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- guida di aeromobili ovvero dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio o come passeggero;
 - dalla guida di veicoli e natanti a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
 - dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
 - dalla pratica di paracadutismo o di sport aerei in genere;
 - da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
 - da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - atti di terrorismo o sabotaggio organizzato;
 - da guerre o insurrezioni, fatto salvo il periodo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino;
 - da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:
- nell'esercizio di sports comportanti l'uso di veicoli a motore,
 - nell'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: atletica pesante, arti marziali, arrampicata libera, bob o slittino da gara, canoa fluviale e rafting, guidoslitta, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio, rugby o football americano, salto dal trampolino con sci o idrosci, scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo, sci acrobatico, sport aerei in genere, speleologia, tuffi controllati da corda elastica,
 - nell'esercizio di sports che costituiscono attività professionale dell'Assicurato ovvero svolti sotto l'egida delle rispettive Federazioni;
 - nell'esercizio delle seguenti attività: Acrobati, Agenti di custodia e di pubblica sicurezza, Artificieri, Carabinieri, Collaudatori di veicoli o natanti a motore, Commercianti di esplosivi, Domatori, Forze Armate (appartenenti all'Esercito, Marina, Aeronautica), Guardia di finanza (appartenenti alla), Guide alpine, Minatori, personale addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di prodotti esplosivi e contaminanti, Palombari, Pirotecnici, Polizia (appartenenti alla), Sommozzatori, Vigili del fuoco.

ART. 7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La Società rinuncia, a fare dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 del Codice Civile i terzi responsabili dell'infortunio.

ASSISTENZA ALLA PERSONA

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

ART. 3 - 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 - 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^a classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei

Qualora le condizioni lo rendessero necessario, il trasporto verrà effettuato con l'accompagnamento di personale medico e/o paramedico della Centrale Operativa. Il rientro da paesi extraeuropei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

ART. 6 - 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^a 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. 7 - TRASPORTO DELLA SALMA

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

ART. 8 - 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^a classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare residente in Italia. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

ART. 9 - ASSISTENZA AI MINORI

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

ART. 10 - 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^a classe). La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

ART. 11 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

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

ART. 12 - INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO

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

ART. 13 - 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. 14 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese imprevedute conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di tature 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 in Italia e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

ART. 15 - 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^a classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni, zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente 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. 16 - 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. 17 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

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

ART. 18 - 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. 19 - 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 in Italia 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.

ART. 20 - ASSICURATI RESIDENTI ALL'ESTERO

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

I residenti in Svizzera sono equiparati ai residenti italiani.

ART. 21 - ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la Società non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione. Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

ART. 22 - RESPONSABILITÀ

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

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

ART. 23 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

IL SERVIZIO DI TELECONSULTO MEDICO DI ASSISTENZA ALL' ESTERO "TRAVEL CARE"

ART. 1 - DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

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

Net for Care è la piattaforma tecnologica che, attraverso le più innovative soluzioni telematiche, unisce in rete una serie di ospedali altamente specializzati in Italia e nel mondo con la Centrale Operativa della società permettendo all'assicurato di accedere a servizi di consulenza medico-specialistica 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 (Milano ITALIA)
- L'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
- L'Ospedale San Raffaele Resnati di Milano
- 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 di validità della polizza.

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 Fila Diretto (www.netforcare.it) oppure può essere richiesto alla Centrale Operativa della Società.

BAGAGLIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società garantisce entro i massimali indicati al punto "Garanzie operanti e somme assicurate":

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

ART. 2 - LIMITAZIONI

Ferme le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di € 500,00 per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso;

apparecchiature fotocineattiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche.

I corredi fotocineattici (obiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie etc) sono considerati quali unico oggetto.

ART. 3 - ESCLUSIONI

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

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

ART. 4 - CRITERI DI RISARCIMENTO

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

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

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

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alle competenti Autorità 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).

TUTELA GIUDIZIARIA

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società assume a proprio carico, nei limiti del massimale per Assicurato indicato al punto "Garanzie operanti e somme assicurate" ed alle condizioni previste nella presente polizza, l'onere delle spese giudiziali e stragiudiziali come di seguito indicate:

- le spese per l'intervento di un legale
- le spese peritali
- le spese di giudizio nel processo penale
- le eventuali spese del legale di controparte, in caso di transazione autorizzata dalla Società, o quelle di soccombenza in caso di condanna dell'Assicurato esclusivamente per eventi non dolosi, avvenuti all'estero e verificatosi in relazione alla partecipazione dell'Assicurato al viaggio e/o soggiorno e più precisamente per:
 - danni subiti dall'Assicurato in conseguenza di fatti o atti illeciti di terzi;
 - formulazione di Denuncia - Querela quando vi segua costituzione di Parte Civile;
 - controversie per danni cagionati a terzi in conseguenza di fatti o atti dell'Assicurato o di Persone delle quali debba rispondere a norma di legge;
 - difesa penale per reato colposo o contravvenzionale per atti commessi o attribuiti;

ART. 2 - ESCLUSIONI

Sono escluse dalla garanzia Tutela giudiziaria:

- il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
 - gli oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze e atti in genere, ecc.);
 - le spese per controversie di diritto amministrativo, fiscale e tributario.
 - le spese per controversie di natura contrattuale relative al contratto di assicurazione o di viaggio nei confronti della Società e del Contraente.
- La garanzia non è operante in Italia.

ART. 3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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.

ART. 4 - GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato, dopo aver fatto alla Società la denuncia del sinistro, nomina 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, segnalandone immediatamente il nominativo alla Società. La Società, preso atto della designazione del legale assume a proprio carico le spese relative. L'Assicurato non può dare corso ad azioni di natura giudiziaria, raggiungere accordi o transazioni in corso di causa senza il preventivo benestare della Società pena il rimborso delle spese da questa sostenute. L'Assicurato deve trasmettere, con la massima urgenza, al legale da lui prescelto tutti gli atti giudiziari e la documentazione necessaria - relativi al sinistro - regolarizzandoli 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. Per quanto riguarda le spese attinenti l'esecuzione forzata, la Società tiene indenne l'Assicurato limitatamente ai primi due tentativi. In caso di disaccordo tra l'Assicurato e la Società in merito alla gestione dei sinistri, la decisione verrà demandata ad un arbitro designato di comune accordo tra le Parti o in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente. Ciascuna delle Parti contribuirà alla metà delle spese arbitrali, quali che sia l'esito dell'arbitrato. La Società avvertirà l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

RESPONSABILITÀ CIVILE

ART. 1 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società terrà indenne l'Assicurato, per le somme che lo stesso dovrà corrispondere,

quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per i danni involontariamente cagionati a terzi quali morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentalmente verificatosi in relazione alla sua partecipazione al viaggio e/o soggiorno.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere. Qualora l'Assicurato sia contraente di altro contratto di assicurazione per i medesimi rischi di responsabilità, la presente garanzia opera in eccedenza a detto contratto ("secondo rischio").

ART. 2 - MASSIMALE E FRANCHIGIA

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale indicato al punto "Garanzie operanti e somme assicurate" per evento e per Assicurato. In ogni caso resta a carico dell'Assicurato una franchigia fissa di € 100,00 per sinistro.

ART. 3 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione, a nome dell'Assicurato, delle vertenze sia in sede stragiudiziale sia in sede civile e/o penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico 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 rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 4 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione i danni:

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

ART. 5 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato si obbliga a non transigere con terzi danneggiati né accettare il riconoscimento di responsabilità senza il preventivo benestare della Società. Si obbliga invece a denunciare con precisione i fatti (indicando le generalità di danneggiati e testimoni), le

date ed i luoghi e, comunque, a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al sinistro.

RIPETIZIONE VIAGGIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società mette a disposizione dell'Assicurato e dei familiari che viaggiano con lui un importo pari al valore in pro - rata del soggiorno non usufruito dall'Assicurato a causa dei seguenti eventi:

- Utilizzo delle prestazioni "Trasporto Sanitario Organizzato", "Trasporto della salma" e "Rientro Anticipato" che determini il rientro alla residenza dell'Assicurato;
- Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato che causi l'interruzione del viaggio;

L'importo verrà messo a disposizione dell'Assicurato esclusivamente per l'acquisto di un viaggio organizzato dal Contraente. L'importo in pro-rata, non cedibile e non rimborsabile dovrà essere utilizzato entro 12 mesi dalla data di rientro.

RITARDO DEL VOLO DI PARTENZA E/O DI RITORNO DEL VIAGGIO

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel caso il volo di partenza e/o di ritorno del viaggio, purché ricompreso nel pacchetto organizzato dal Contraente, dovesse subire un ritardo superiore alle 8 ore, calcolato sulla base dell'orario definitivo, indicato nei documenti di viaggio o con eventuali comunicazioni scritte successive inviate all'Assicurato dal Contraente, presso l'agenzia di viaggi o tramite il corrispondente locale, prima della data di partenza del volo, la Società corrisponderà ai viaggiatori un rimborso fisso per persona, per ogni ritardo e nel limite del massimale indicato al punto Garanzie operanti e somme assicurate.

La garanzia è operante per i ritardi dovuti a qualsiasi motivo.

Per ottenere il rimborso, in caso di ritardo del volo, il viaggiatore dovrà informare la Società allegando i documenti comprovanti il ritardo e precisamente:

- numero del volo
- tratta volata
- data di partenza del volo
- orario previsto di partenza
- data e orario effettivi di partenza

N.B. Tutti gli orari dei voli sono espressi dall'organizzazione e devono essere espressi dall'Assicurato unicamente in ore locali.

ART. 2 - ESCLUSIONI

La garanzia non è operante quando il volo previsto è stato definitivamente cancellato e non riprodotto e quando la data di rientro prevista, risultante dalla prenotazione iniziale, viene posticipata.

ART. 3 - DENUNCIA DI SINISTRO

Per ottenere il rimborso, in caso di ritardo del volo, il viaggiatore dovrà informare la Società allegando i documenti comprovanti il ritardo e precisamente:

- a) numero del volo
- b) tratta volata
- c) data di partenza del volo
- d) orario previsto di partenza
- e) data e orario effettivi di partenza

N.B. Tutti gli orari dei voli sono espressi dall'organizzazione e devono essere espressi dall'Assicurato unicamente in ore locali.

RIMBORSO ABBONAMENTO SKIPASS E SCUOLA SCI

Qualora durante il soggiorno in montagna, l'Assicurato subisca un infortunio, la Società rimborserà un importo pari al costo dell'abbonamento skipass e/o il costo delle lezioni di sci calcolato in pro-rata giornaliero esclusivamente per le giornate rimanenti inutilizzate.

ASSISTENZA AUTO

Le seguenti prestazioni si intendono operanti durante il trasferimento dell'Assicurato per recarsi dalla propria residenza fino alla stazione di partenza del viaggio (ferroviaria, marittima, aeroportuale) o nella località prenotata e viceversa.

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società provvederà ad organizzare e gestire attraverso la Centrale Operativa le prestazioni indicate nel successivo articolo 2, previste 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. 2 - 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'immobilizzazione, 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 avvengono 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, comunicandolo 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. 3 - INVIO DEI 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. 4 - RITORNO ALLA RESIDENZA E/O ABBANDONO DEL VEICOLO

La Centrale Operativa organizzerà il ritorno fino alla residenza dell'Assicurato, del veicolo a seguito di guasto, incidente, ritrovamento dopo furto che comportino più di 5 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, il tutto nel limite di costo per la Società pari al valore del veicolo dopo il sinistro.

Saranno a carico della Società le spese di custodia del veicolo dal momento del sinistro e fino al ritorno, con il massimo di € 50,00. Nel caso le spese preventivate per le riparazioni siano antieconomiche o comunque superiori al valore del veicolo dopo il sinistro, la garanzia non sarà operante e la Società si limiterà a tenere a suo carico le spese di abbandono legale.

ART. 5 - PROSECUZIONE DEL VIAGGIO

Qualora il veicolo risultasse indisponibile, per guasto, incidente, ritrovamento dopo furto, per un periodo superiore a 3 giorni lavorativi per le necessarie riparazioni, la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri un titolo di trasporto (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la località di destinazione. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

ART. 6 - RIENTRO DELL'ASSICURATO E DEGLI ALTRI PASSEGGERI

Qualora l'Assicurato non abbia usufruito delle prestazioni di cui al precedente articolo 5 la Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e degli altri passeggeri, un titolo di trasporto per il ritorno alla residenza (aereo classe turistica o treno prima classe) o in alternativa un'autovettura a noleggio di gruppo C, compatibilmente con gli orari di apertura delle stazioni di autonoleggio, senza autista per un massimo di 2 giorni a chilometraggio illimitato per raggiungere la residenza. Sono escluse le spese per il carburante, le assicurazioni non obbligatorie e le eventuali franchigie.

ART. 7 - PRESA IN CARICO DELLE SPESE DI RECUPERO VEICOLO

Qualora l'Assicurato non fosse in grado di rientrare al proprio domicilio con il veicolo oggetto di guasto o incidente, a seguito di uno degli eventi di cui agli articoli 4, 5, 6, la Centrale Operativa metterà a disposizione, a riparazioni effettuate, un titolo di trasporto di sola andata per consentire all'Assicurato stesso di recarsi nel luogo ove si trova il veicolo per il suo recupero.

ART. 8 - 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. 9 - AUTISTA

La Centrale Operativa metterà a disposizione un autista per sostituire l'Assicurato malato o infortunato e sempre che non vi sia a bordo nessun altro eventuale passeggero munito di patente di guida. L'autista è a disposizione per un massimo di tre giorni per condurre nel più breve tempo possibile il veicolo dell'Assicurato alla prima destinazione originaria del viaggio ovvero alla residenza dell'Assicurato.

ART. 10 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

Qualora l'Assicurato dovesse sostenere spese impreviste conseguenti a guasto del veicolo o incidente, la Centrale Operativa provvederà al pagamento in loco di fatture o ad anticipo di denaro all'Assicurato stesso, fino all'importo di € 500,00.

Per beneficiare di tale anticipo, che comunque dovrà essere restituito alla Centrale Operativa entro 30 giorni dal rientro al suo domicilio, l'Assicurato dovrà fornire garanzie bancarie o di altro genere, ritenute adeguate dalla Centrale Operativa. In ogni caso la garanzia non sarà operante nei Paesi in cui non esistano filiali o corrispondenti della Centrale Operativa e qualora l'eventuale trasferimento di fondi all'estero comporti violazione delle disposizioni valutarie.

ART. 11 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE

In caso di incidente stradale del veicolo assistito, la Centrale Operativa potrà anticipare l'importo della cauzione per libertà provvisoria del conducente fino a concorrenza di € 5.000,00 contro garanzie bancarie ritenute adeguate dalla Centrale Operativa.

L'importo anticipato, nel caso il conducente venga trattenuto dall'Autorità Giudiziarica in seguito a condanna, a mancata comparizione o in ogni altro caso, dovrà essere rimborsato alla Centrale Operativa entro 2 mesi dall'anticipo.

ART. 12 - ESCLUSIONI

Oltre alle esclusioni indicate nelle condizioni generali sono esclusi:

- a) i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni;
- b) i veicoli di peso superiore a 35 quintali;
- c) i veicoli non terrestri e non regolarmente immatricolati;
- d) i veicoli affittati, noleggiati o adibiti al trasporto pubblico.

ART. 13 - RETE OFFICINE AUTORIZZATE

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, il servizio di informazioni telefoniche sulla rete nazionale delle officine autorizzate delle maggiori case costruttrici. In caso di necessità la Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato l'indirizzo della più vicina officina autorizzata e l'itinerario stradale preferibile per raggiungerla.

ASSISTENZA DOMICILIARE PER I FAMILIARI DELL'ASSICURATO CHE RIMANGONO A CASA

Per i familiari dell'Assicurato (coniuge/convivente, genitori, fratelli, figli, suoceri, generi, nuore, nonni) che rimangono in Italia, le seguenti prestazioni decorrono dal giorno di partenza del viaggio dell'Assicurato e hanno validità fino al rientro dello stesso.

ART. 1 - CONSULTI MEDICI TELEFONICI

La Società tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

ART. 2 - INVIO DI UN MEDICO IN CASO DI URGENZA

La Società, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi 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 rendono necessario, la Società organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

La Società informerà tempestivamente l'Assicurato circa le condizioni di salute del familiare aggiornando tempestivamente tali informazioni sino al rientro dell'Assicurato dal viaggio.

ART. 3 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

Previo contatto con la centrale Operativa, nel limite del massimale per Assicurato di € 1.000,00 verranno rimborsate le spese mediche sostenute per accertamenti diagnostici di prima necessità.

ART. 4 - TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

La Società, tramite la Centrale Operativa, qualora il paziente necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza a proprio carico il trasferimento, inviando direttamente l'autoambulanza e sostenendo le spese di trasporto sino a un massimo di 200 Km. di percorso complessivo (andata/ritorno).

ART. 5 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Qualora il paziente a seguito di malattia o infortunio necessita dell'assistenza domiciliare d'infermieri generici e/o specializzati a domicilio, la Centrale Operativa provvede alla ricerca ed all'invio del personale tenendo a proprio carico i relativi costi entro il limite di € 1.000,00.

ART. 6 - CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio del paziente e quindi in farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco.

ART. 7 - GESTIONE GRATUITA DELL'APPUNTAMENTO

La Centrale Operativa mette a disposizione la propria banca dati relativa alla rete sanitaria convenzionata. Qualora il paziente necessiti di informazioni o di un appuntamento per un esame, visita, ricovero e' sufficiente che contatti la Centrale Operativa. In funzione delle specifiche esigenze relative al tipo di esame o visita da effettuare, il giorno e l'ora desiderata, la zona e la tariffa, la Centrale Operativa seleziona, utilizzando la banca dati, i medici e/o i centri convenzionati che rispondono alle necessita' del paziente ed in virtu dei canali preferenziali d'accesso, fissa l'appuntamento per nome e per conto del paziente stesso.

ART. 8 - RETE SANITARIA CONVENZIONATA

La Centrale Operativa, tramite accordi stipulati con cliniche, poliambulatori, studi medici, strutture sanitarie in genere a livello nazionale, garantisce l'utilizzo di tale rete per visite specialistiche, esami diagnostici o di laboratorio e ricoveri, il tutto con tariffe concordate e scontate, con un canale preferenziale d'accesso.

ASSISTENZA DOMICILIARE PER L'ASSICURATO

Per gli Assicurati le seguenti prestazioni decorrono dal giorno di partenza del viaggio, hanno validità in Italia per 365 giorni e vengono fornite in linea verde dedicata.

ART. 1 - CONSULTI MEDICI TELEFONICI

La Società tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica per qualsiasi informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

ART. 2 - INVIO DI UN MEDICO IN CASO DI URGENZA

La Società, tramite la Centrale Operativa, mette a disposizione, nelle ore notturne e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici, pediatri e cardiologi 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 rendono necessario, la Società organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso. (Prestazione fornita 3 volte l'anno durante il periodo di fruibilità della copertura).

ART. 3 - TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

La Società, tramite la Centrale Operativa, qualora l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, organizza a proprio carico il trasferimento, inviando direttamente l'autoambulanza e sostenendo le spese di trasporto sino a un massimo di 200 Km. di percorso complessivo (andata/ritorno). (Prestazione fornita 3 volte l'anno durante il periodo di fruibilità della copertura).

ART. 4 - CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

La Centrale Operativa garantisce, 24 ore su 24 la ricerca e consegna dei farmaci. Se il medicinale necessita di ricetta, il personale incaricato passa prima al domicilio dell'Assicurato e quindi in farmacia. Resta a carico dell'Assicurato il solo costo del farmaco. (Prestazione fornita 3 volte l'anno durante il periodo di fruibilità della copertura).

ART. 5 - GESTIONE GRATUITA DELL'APPUNTAMENTO

La Centrale Operativa mette a disposizione la propria banca dati relativa alla rete sanitaria convenzionata. Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni o di un appuntamento per un esame, visita, ricovero e/ o sufficiente che contatti la Centrale Operativa. In funzione delle specifiche esigenze relative al tipo di esame o visita da effettuare, il giorno e l'ora desiderato, la zona e la tariffa, la Centrale Operativa seleziona, utilizzando la banca dati, i medici e/o i centri convenzionati che rispondono alle necessità dell'Assicurato ed in virtù dei canali preferenziali d'accesso, fissa l'appuntamento per nome e per conto dell'Assicurato stesso.

ART. 6 - RETE SANITARIA CONVENZIONATA

La Centrale Operativa, tramite accordi stipulati con cliniche, poliambulatori, studi medici, strutture sanitarie in genere a livello nazionale, garantisce l'utilizzo di tale rete per visite specialistiche, esami diagnostici o di laboratorio e ricoveri, il tutto con tariffe concordate e scontate, con un canale preferenziale d'accesso.

ART. 7 - INFORMAZIONI SALUTE E TURISMO

L'Assicurato chiamando la Centrale Operativa può richiedere informazioni sulle malattie tropicali di ogni paese del mondo che riguardano:

- * Vaccinazioni obbligatorie e/o consigliate
- * Rischii sanitari (malattie infettive presenti)
- * Alimentazione (qualità cibi e ristoranti, qualità dell'acqua, bevande consigliate)
- * Clima (piovosità, stagioni, temperature)
- * Medicine (farmaci presenti o loro equivalenti)
- * Medici specialisti e/o strutture sanitarie presenti

ART. 8 - INFORMAZIONI SUI CATALOGHI

Il cliente chiamando la Centrale Operativa può ricevere informazioni telefoniche 24 ore su 24, 365 giorni all'anno relative a tutta la programmazione del Contraente: destinazioni, voli, strutture alberghiere, infrastrutture, quote, combinazioni, proposte esclusive, ecc.

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 suoi suggerimenti o segnalarci aree di miglioramento all'indirizzo mail suggerimenti@filodiretto.it

COME DEVE COMPORTARSI L'ASSICURATO IN CASO DI NECESSITA' E DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER OTTENERE IL RIMBORSO

Assistenza persone

In caso di necessità durante il viaggio/soggiorno l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24.

Telefono:
++39/039/6899965

Telefax:
++39/039/6898545

Indicando:

- Il motivo della chiamata
- Cognome e nome
- Il numero di identificazione
- Il luogo preciso in cui si trova **6002002173/L** ← **N° POLIZZA!**
- Il numero di telefono o telex dove possiamo contattarlo
- L'indirizzo del suo domicilio

Assistenza domiciliare e informazioni sui cataloghi:

Per usufruire delle prestazioni relative all'Assistenza domiciliare e per richiedere le informazioni relative ai cataloghi l'Assicurato deve contattare la Centrale operativa al numero

NUMERO VERDE
800-824080

Rimborsi

1 - INFORTUNI E MALATTIA PRIMA DELLA PARTENZA

2 - ANNULLAMENTO VIAGGIO

Per richiedere il rimborso l'Assicurato deve denunciare il sinistro entro le ore 24.00 del giorno successivo il giorno dell'evento chiamando il seguente numero verde attivo 24 ore su 24.

NUMERO VERDE
800-335747

Per le richieste di rimborso l'Assicurato deve indirizzare la sua corrispondenza a:

AMI ASSISTANCE (Ufficio Sinistri)
Centro Direzionale Colleoni
Via Paracelso, 14 - 20041 - Agrate Brianza (MI)
Per informazioni: Telefono 039 6899941 - Telefax 039 6898545

Documentazione da inviare per il rimborso:

A) Spese mediche:

- 1) La diagnosi medica che certifichi la patologia sofferta, in caso di ricovero copia della cartella clinica.
- 2) L'originale delle note/fatture relative alle spese sostenute.
- 3) Prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.
- 4) In caso di importi superiori a € 1.000,00 la ricevuta di transazione eseguita in caso di pagamento con carta di credito oppure la ricevuta del bonifico bancario effettuato.

B) Bagaglio:

- 1) Copia autentica della denuncia con il visto dell'Autorità di polizza 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.
- 2) Copia del reclamo presentato al vettore o all'albergatore eventualmente responsabile.
- 3) 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 e originale del biglietto aereo (unitamente al contrassegno del bagaglio).
- 4) Copia della lettera di reclamo inviato al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e la lettera di risposta del vettore stesso.
- 5) Fatture, scontrini dei beni acquistati o perduti (in mancanza elenco, data, luogo d'acquisto e il loro valore).
- 6) Giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti di identità se sostenute.
- 7) Fatture di riparazione ovvero dichiarazione di irreparabilità dei beni danneggiati redatta su carta intestata da un concessionario o da uno specialista del settore.

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

La Società si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione della richiesta di rimborso.