

Filo diretto

ASSICURAZIONI

Una società del Gruppo Filo diretto

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. con Socio Unico
Sede legale in Agrate Brianza 20864
Centro Direzionale Colleoni • Via Paracelso 14
Tel. 039.60.56.804 r.a. • Fax 039.68.92.199 • www.filodiretto.it
Capitale Sociale € 11.800.000 i.v. • R.E.A. MB 1395446
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di MB n. 01757980923 • P. IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Società del Gruppo Filo diretto, iscritto al n. 039 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte di Filo diretto SpA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA NR. 6003000285/J



**ANNULLAMENTO ALL RISKS + ASSISTENZA
Passeggeri Elba, Tremiti, Sardegna/Corsica**

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

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

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

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona che acquista la presente polizza contestualmente alla prenotazione del biglietto regolarmente comunicata all'Impresa purché sia residente o domiciliato temporaneamente in Italia.

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro;

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

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

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

Compagno di viaggio: La persona assicurata che, pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato che ha subito l'evento, risulta regolarmente iscritto al medesimo viaggio dell'Assicurato stesso.

Contraente: la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;

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

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

Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato.

Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russa.

Esteri: tutti gli stati diversi da quelli indicati nella definizione Italia.

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

Fatturato: l'ammontare complessivo realizzato dal contraente nel periodo di durata della polizza.

Franchigia: importo prestabilito che rimane comunque a carico dell'assicurato per ciascun sinistro;

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

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

Impresa: Filo diretto Assicurazioni S.p.A.;

Incendio: la autocombustione con sviluppo di fiamma;

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

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;

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

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

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

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

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.

Massimale: somma fino a concorrenza della quale la Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

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

Mondo: tutti i paesi del mondo;

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

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

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

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

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

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

Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;

Rischio: probabilità che si verifichi l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione;

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

Servizi Turistici: Passaggi aerei, sistemazioni alberghiere, trasferimenti, noleggi auto, ecc. venduti dal contraente all'assicurato;

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE AMITRAVEL

Condizioni di Assicurazione AMITRAVEL mod. 6003
ANN.TO+ASSISTENZA (ed. 2016-04) – Ultimo aggiornamento
01/04/2016

SEZIONE 1 - ANNULLAMENTO VIAGGIO

La garanzia annullamento del biglietto è valida sia per la tratta di andata che per quella di ritorno, decorre dal momento della prenotazione del biglietto e termina al momento dell'imbarco (in andata e/o ritorno).

ART. 1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Impresa rimborsa all'Assicurato, la penale applicata contrattualmente dal Contraente ai sensi delle Condizioni Generali di Trasporto, per annullamento del biglietto da parte dell'Assicurato che sia conseguenza di circostanze imprevedibili e non preesistenti al momento della prenotazione del biglietto determinate da qualsiasi evento imprevisto, oggettivamente documentabile, indipendente dalla volontà dell'Assicurato e tali da comportare all'Assicurato l'impossibilità ad intraprendere il viaggio.

ART. 1.2 – MASSIMALE E SCOPERTO

L'assicurazione è prestata fino al costo totale del biglietto comprese le tasse e diritti di imbarco e sbarco senza deduzione di alcuno scoperto. Il premio di polizza non verrà rimborsato.

ART. 1.3 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso è obbligato, entro le ore 24 del secondo 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 **800.824199** oppure al numero **+39.039.6554.6011** attivo 24 ore su 24 o ad effettuare la Denuncia On-Line mezzo internet sul sito www.filodiretto.it sezione "Denuncia On-Line" seguendo le relative istruzioni.

L'Assicurato è altresì obbligato a comunicare l'annullamento del biglietto acquistato al Contraente e/o all'Agenzia di viaggi presso la quale si è conclusa la prenotazione.

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.

La Impresa, 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.

L'inadempimento di tali obblighi e/o qualora il medico fiduciario della Impresa 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 Impresa 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 penale, addebitata dal Contraente in conseguenza di un ritardo da parte dell'Assicurato nel segnalare l'annullamento del biglietto al Contraente e/o all'Agenzia di Viaggi resterà a carico dell'Assicurato.

SEZIONE 2 - INFORTUNI DURANTE IL VIAGGIO

La garanzia infortuni, per il viaggio di andata, decorre 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 12 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

La garanzia infortuni, per il viaggio di ritorno, decorre 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

ART. 2.1 – 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 per Assicurato pari ad € 10.000,00.

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:

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

ART. 2.2 - MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, l'Impresa 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 presuma sia avvenuto il decesso, l'Impresa 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 l' Impresa ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, l' Impresa 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, l'Impresa, 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. 2.3 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva totale, l' Impresa 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 10% della totale.

ART. 2.4 - CLAUSOLA DI CUMULO

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l' Impresa l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 100.000,00 per evento.

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

ART. 2.5 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI DURANTE IL VIAGGIO

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

- a) guida di automobili ovvero dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio o come passeggero;
- b) 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;
- c) dolo e colpa grave dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentativo di suicidio;
- e) dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) dalla pratica di paracadutismo o di sport aerei in genere;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- i) atti di terrorismo o sabotaggio organizzato;
- j) 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 colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino;
- k) 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:

- l) nell'esercizio di sports comportanti l'uso di veicoli a motore;
- m) 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;
- n) nell'esercizio di sports che costituiscono attività professionale dell'Assicurato ovvero svolti sotto l'egida delle rispettive Federazioni;
- o) nell'esercizio delle seguenti attività: Acrobati, Agenti di custodia e di pubblica sicurezza, Artificieri, Carabiniere, 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 contaminati, Palombari, Pirotecnici, Polizia (appartenenti alla), Sommozzatori, Vigili del fuoco.

ART. 2.6 - LIMITE DI ETÀ

L'assicurazione non opera per le persone che al momento dell'evento infortunio, abbiano già compiuto il 75° anno di età.

ART. 2.7 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

L'Impresa rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art.1916 del Codice Civile i terzi responsabili dell'infortunio

SEZIONE 3 - RIMBORSO SPESE MEDICHE

Per il viaggio di andata: La garanzia decorre 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 12 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

Per il viaggio di ritorno: La garanzia decorre 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato pari ad € 1.000,00 in Italia e ad € 5.000,00 in Europa e nel Mondo verranno rimborsate le spese mediche sostenute durante il viaggio, conseguenti a malattia non preesistente o infortunio verificatisi durante il periodo di validità della garanzia relativamente a: onorari medici, cure dentarie solo a seguito di infortunio e con il limite di € 200,00, ricoveri ospedalieri, interventi chirurgici, medicinali prescritti da un medico.

In caso di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza; la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvederà al pagamento diretto delle spese mediche. Resta comunque a carico dell'Assicurato, che dovrà provvedere a pagarle direttamente sul posto, l'eventuale eccedenza ai massimali previsti in polizza e le relative franchigie.

ART. 3.2 - FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 30,00 che rimane a carico dell'Assicurato.

ART. 3.3 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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.

SEZIONE 4 - ASSISTENZA ALLA PERSONA

Per il viaggio di andata: La garanzia decorre 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 12 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

Per il viaggio di ritorno: La garanzia decorre 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), ha validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e termina dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

ART. 4.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 4.2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

ART. 4.3 - 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, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

ART. 4.4 - SEGNALAZIONE DI UN MEDICO

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. 4.5 - 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 - previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia - il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

A giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, il trasporto sanitario potrà essere organizzato con i seguenti mezzi:

- aereo sanitario - aereo di linea - vagone letto - cuccetta di 1° classe - ambulanza - altri mezzi ritenuti idonei.

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

Il rientro da paesi extraeuropei, esclusi quelli del bacino del Mediterraneo, verrà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Le prestazioni non sono dovute qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso, addiventano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

ART. 4.6 - 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 l'Impresa prenderà in carico il rientro (aereo classe turistica o treno 1° classe) dei familiari purché assicurati o di un compagno di viaggio. La prestazione è operante qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

ART. 4.7 - TRASPORTO DELLA SALMA

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

ART. 4.8 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare residente in Italia. La prestazione verrà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare maggiorenne.

ART. 4.9 - 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° 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. 4.10 - 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 l'Impresa – previa ricezione di documentazione medica rilasciata in loco attestante la natura della patologia – prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro (in aereo classe turistica o treno 1° classe).

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

ART. 4.11 - 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 l'Impresa 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. 4.12 - ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITA'

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste 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, all'Impresa dopo il rientro in Italia e, comunque non oltre 30 giorni di calendario.

ART. 4.13 - RIENTRO ANTICIPATO

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

ART. 4.14 - SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE

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

ART. 4.15 - 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'inoltro di tali messaggi.

ART. 4.16 - 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. 4.17 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa.

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

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

ART. 4.18 - RESPONSABILITÀ

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

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

ART. 4.19 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

ART. 1 – ESCLUSIONI E LIMITI VALIDI PER TUTTE LE GARANZIE

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

- stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, scioperi;
- terremoti, inondazioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente. Tale esclusione non è operante nei casi isolati cioè quando non si è in presenza di calamità naturali dichiarate o situazioni di emergenza sociale evidenti;
- dolo 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. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche, alla prenotazione dei servizi turistici o del viaggio;
- patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
- interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
- uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;
- pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante; Si ritiene compreso l'esercizio delle seguenti attività sportive se svolte unicamente a carattere ricreativo: immersioni con autorespiratore, sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing;
- atti di temerarietà;
- attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni. A deroga della presente
- esclusione si intendono assicurate le gare sportive svolte a livello ludico e o ricreativo;
- gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti; se non di carattere ludico o in alternativa svolte sotto l'egida delle federazioni;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- svolgimento di attività che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco.

Le prestazioni di assistenza non sono fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i paesi indicati nel sito <http://watch.exclusive-analysis.com/jccwatchlist.html> che riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

ART. 2 - ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE

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

ART. 3 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La presente polizza è valida esclusivamente per i biglietti relativi alle seguenti tratte:

Isola D'Elba, Isole Tremiti, Sardegna verso Corsica, Corsica verso Sardegna.

L'adesione alla presente polizza deve essere effettuata contestualmente alla prenotazione del biglietto.

La garanzia annullamento del biglietto è valida sia per la tratta di andata che per quella di ritorno, decorre dal momento della prenotazione del biglietto e termina al momento dell'imbarco (in andata e/o ritorno).

Le garanzie Rimborso Spese Mediche e Assistenza alla persona per il viaggio di andata: decorrono 48 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno

validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano dopo 12 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

Le garanzie Rimborso Spese Mediche e Assistenza alla persona per il viaggio di ritorno: decorrono 12 ore prima dell'orario ufficiale di imbarco (in base all'orario effettivo di partenza della nave), hanno validità dal momento in cui inizia il viaggio dell'Assicurato per raggiungere il porto di imbarco e terminano dopo 48 ore dallo sbarco dell'Assicurato (in base all'orario effettivo di arrivo della nave).

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

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

Art. 5 - 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.

ART. 6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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 Impresa restituisce i precitati originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Impresa effettuerà il pagamento di quanto dovuto in base al presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi. I rimborsi verranno sempre eseguiti in Euro. L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

ART. 7 - CONTROVERSIE

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

ART. 8 - LEGGE - GIURISDIZIONE

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

ART. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

ART. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Il Contraente si impegna:

- a promuovere la presente polizza a tutti i propri clienti che acquistano un biglietto inserendo la presente polizza nel proprio sito internet e fornendo al cliente la possibilità di acquistare la polizza contemporaneamente alla prenotazione del biglietto;
- a consegnare, a tutti gli Assicurati, in formato cartaceo o elettronico e prima della sottoscrizione del contratto le Condizioni di Assicurazione relative alla presente polizza ed il relativo glossario e a pubblicare nelle Brochure la sintesi delle garanzie assicurative previste.

ART. 11 - CLAUSOLA DI CUMULO

Abrogato.

ART. 12 - MANCATO PAGAMENTO - ANCHE PARZIALE - DEL PREMIO

Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura

assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltreché per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo. In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato. Parimenti - ove al concretizzarsi di uno degli eventi previsti nel presente articolo non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente - l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

ART. 13 - EFFETTI NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO

Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovvero sia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto. Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo che precede ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

ART. 14 - SPECIFICHE RELATIVE ALLA GARANZIA "ANNULLAMENTO VIAGGIO"

(articolo operante ove la garanzia sia prevista in polizza)

Al verificarsi di uno degli eventi previsti nell'art. 12 che precede, il Contraente si impegna a manlevare l'Impresa da ogni pretesa - anche economica - che dovesse essere avanzata dalla propria clientela in caso di richiesta di attivazione della garanzia "Annullamento viaggio", posto che i sinistri che colpiscono la garanzia in parola trovano diretta ed esclusiva origine dall'applicazione della penale di recesso dal contratto di viaggio da parte del Contraente medesimo.

SEZIONE AGGIUNTIVA - Assistenza MED24

Le attività di servizio "MED24" sono offerte a titolo gratuito.

a) Descrizione del servizio

L'Assicurato coperto dalla presente polizza può scaricare l'APP MED24 (disponibile su Apple Store e Google Play) accedendo, attraverso autenticazione, ai servizi di assistenza medica come descritti di seguito.

b) Durata del servizio

Vedi Art 2.3 delle Norme Comuni.

c) Come accedere ai servizi dell'App MED24

Qualora l'Assicurato desideri attivare i servizi presenti nell'App MED24, dopo averla scaricata dall'Apple Store o da Google Play, dovrà contattare il numero +39 039 6554 6032 ed effettuare la registrazione al termine della quale riceverà un'email contenente username e password di accesso.

d) Prestazioni previste nell'App MED24

L'App MED 24 mette a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni:

1) Misurazione parametri medici

Qualora l'Assicurato effettui delle misurazioni di uno o più dei seguenti parametri vitali:

- pressione arteriosa;
- ossigenazione del sangue;
- frequenza cardiaca;
- glicemia;
- peso

potrà, utilizzando l'App, inserire manualmente i dati rilevati dai device medici in uso (l'inserimento sarà automatico se gli stessi device sono integrati dall'APP). Per prendere visione dei device compatibili con MED24, accedere al sito med24.filodiretto.it. In presenza di una connessione Internet con banda sufficiente, tali rilevazioni verranno in maniera automatica trasferite alla Centrale Operativa Medica dove saranno a disposizione dei medici presenti H24 e, attraverso la piattaforma di telemedicina, verranno registrate nella cartella medica personalizzata dell'Assicurato disponibile via web ed eventualmente consultabile anche dal suo medico di famiglia.

2) Servizio Alert parametri medici

Al momento dell'attivazione del servizio, salvo diversa indicazione da parte dell'Assicurato, il sistema determina automaticamente, sulla base degli standard medici, il limite minimo e massimo delle diverse misurazioni. Una volta ricevuta la misurazione dalla Centrale Operativa, qualora la stessa ecceda i limiti stabiliti, il sistema attiverà un "Alert" a seguito del quale il Servizio Medico si metterà in contatto con l'Assicurato tramite il mezzo più idoneo (telefono cellulare / telefono abitazione ecc.) per concordare gli interventi più appropriati.

3) Consulti medici in video conferenza

Attraverso la sezione Assistenza presente nell'App MED 24, in caso di necessità, se presente una connessione Internet a banda sufficiente al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'Assicurato potrà effettuare una videochiamata 24 ore su 24 alla Centrale Operativa la quale organizzerà l'accesso a sessioni di video-conferenza di consulto medico on-line come precisate di seguito:

- Consulti generici con il Servizio Medico della Centrale Operativa. La prestazione viene erogata 24 ore su 24 dal Servizio Medico della Centrale Operativa ed è fornita gratuitamente per un massimo di 2 volte per periodo di validità della copertura (eventuali consulti derivanti dal Servizio alert sono esclusi dal numero di prestazioni previste in questa sezione).
- Consulti con specialisti (pediatri, cardiologi, psicologi, ecc.) a pagamento. A seguito della richiesta dell'Assicurato, e su indicazione del Servizio Medico interno, la Centrale Operativa organizza il consulto on-line con lo specialista indicato dando conferma all'Assicurato del costo della prestazione che dovrà essere pagata su base tariffaria con carta di credito prima dell'inizio del consulto. I consulti avverranno su prenotazione nei giorni feriali tra le ore 9.00 e le ore 18.00.

In assenza di una connessione Internet adeguata al funzionamento del servizio di video-conferenza, l'Assicurato potrà alternativamente accedere alle sessioni di consulto medico sopra specificate via telefono, attraverso il Numero Verde 800-151003.

4) Servizio Medical Passport

Tutte le misurazioni registrate nell'app Med 24, in presenza di una connessione a banda sufficiente, vengono automaticamente trasferite in Medical Passport, il servizio di cartella medica online che permette di archiviare tutti i dati sulla propria salute, di tradurli automaticamente nelle lingue più conosciute, di allegare immagini di diagnostica di precedenti esami specialistici (radiografie, tac, elettrocardiogrammi ecc) e di accedervi sempre e dovunque, attraverso il web. A seguito dell'attivazione viene consegnata a tutti i clienti la card Medical Passport sulla quale sono presenti i riferimenti per accedere al servizio nonché nome, cognome, username e password di lettura (da compilare a cura dell'assicurato). Attraverso Medical Passport, l'Assicurato ha possibilità di accedere alla rete di strutture sanitarie e medici specialisti in Italia convenzionati con Filo diretto e beneficiare, ove previste, di condizioni tariffarie agevolate per visite o esami. Per effettuare la ricerca, l'assicurato può utilizzare l'apposita funzione all'interno del suo Medical Passport alla sezione "Convenzioni Filo diretto". Per usufruire delle agevolazioni, l'assicurato dovrà qualificarsi come cliente Filo diretto e presentare la Medical Passport Card all'atto del pagamento della prestazione. L'Assicurato può accedere a Medical Passport inserendo le stesse username e password personali rilasciate per l'accesso all'app MED24 nel sito www.medical-passport.it. Il servizio Medical Passport ha la stessa durata dei servizi inclusi nell'app MED24.

5) Invio di un medico in Italia in casi di urgenza

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

carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

e) Limitazioni all'erogazione del servizio

L'Assicurato può usufruire dei servizi presenti nell'App MED24, così come indicato al punto d), secondo i limiti previsti nelle singole prestazioni.

f) Costo della prestazione

L'Impresa tiene a proprio carico tutte le spese relative all'organizzazione e alla gestione dei servizi presenti e disponibili nell'app MED24

g) Esonero di responsabilità

L'assicurato dichiara fin d'ora di esonerare l'Impresa da qualsivoglia responsabilità derivante dal mancato funzionamento – totale e/o parziale – dell'App MED24 a causa di mancata e/o parziale copertura del servizio Internet, attraverso il quale l'App MED24 funziona in modo adeguato. L'Assicurato prende atto che, in caso di divergenza tra il dato rilevato dallo strumento di misurazione e quello pubblicato sul tablet/smartphone, è da ritenere valido quello rilevato dallo strumento di misurazione e che in ogni caso il servizio non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante.

h) Prolungamento del servizio

Ove l'assicurato volesse prolungare la fruizione del servizio MED24 successivamente alla scadenza del periodo di durata della copertura potrà contattare la Centrale Operativa dell'Impresa al numero +39 039 6554 6032 comunicando il periodo di prolungamento di proprio interesse e corrispondendo il relativo pagamento tramite carta di credito.

COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

Assistenza:

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

800.824199

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39.039.6554.6011** comunicando subito le seguenti informazioni:

Telefax: + 39/039 6057533

Indicando:

- Il motivo della chiamata
- Cognome e nome
- Il numero del biglietto
- Numero di polizza **6003000285/J**
- Il luogo preciso in cui si trova
- Il numero di telefono o telefax dove possiamo contattarlo
- L'indirizzo del suo domicilio
- Dati identificativi del veicolo
- Tipo di intervento richiesto

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

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

- **via internet** (sul sito www.filodiretto.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero 039/6554.6011 e per la garanzia Annullamento Viaggio al numero verde 800.824199**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

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

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

IN CASO DI ANNULLAMENTO VIAGGIO

- dati anagrafici e recapito;
- copia del biglietto con ricevute di pagamento;
- originali della documentazione medica (in caso di ricovero copia della cartella clinica) o altri giustificativi se la causa di rinuncia è diversa da malattia o infortunio;
- estratto conto di prenotazione e di penale emessi da Moby lines;
- documentazione attestante il legame tra l'Assicurato e l'eventuale altro soggetto che ha determinato la rinuncia.

IN CASO DI INFORTUNIO

- 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'infornio.

IN CASO DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

- La diagnosi medica che certifichi la patologia sofferta, in caso di ricovero copia della cartella clinica.
- L'originale delle note/fatture relative alle spese sostenute.
- Prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute dei medicinali acquistati.
- Copia del biglietto Moby.

NOTA IMPORTANTE

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

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

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

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

Importante!

In ogni caso di sinistro insieme alla documentazione, l'assicurato invia all'Impresa gli estremi del conto corrente su cui desidera che venga accreditato il rimborso o l'indennizzo (numero di conto corrente, banca, indirizzo, numero di agenzia, codici ABI, CAB e CIN).

Per eventuali reclami scrivere a

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Reclami
Centro Direzionale Colleoni
Via Paracelso, 14
20864 Agrate Brianza – MB - fax 039/6892199 - reclami@filodiretto.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

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

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

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

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

1) Finalità del trattamento

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

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

2) Modalità del trattamento

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

secondo principi di tutela della sicurezza/protezione, accessibilità, confidenzialità, integrità.

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

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

I dati non sono soggetti a diffusione.

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

3) Conferimento dei dati

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

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

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

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

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

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

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

6) Titolare del trattamento

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

Fascicolo Informativo AMITRAVEL mod. 6003 MOBY ANN.TO+ASSISTENZA (ed. 2016-04) – Ultimo aggiornamento 01/04/2016