

Filo diretto

ASSICURAZIONI

Una società del Gruppo Filo diretto

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI VIAGGIO ATTIVITA' ESCURSIONISTICHE

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa



Gruppo Filo diretto

INTERNATIONAL ASSISTANCE GROUP

Outdoor Assicurazione Escursionismo

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

Nota Informativa Amitour Mod. 6001 (ed. 2012-05) – Ultimo aggiornamento 18/04/2013

Ai sensi dell'art. 185 del Decreto Legislativo del 17 settembre 2005 n. 209 ed in conformità al Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010.

La presente *Nota Informativa* è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Il presente contratto, ogni documento ad esso allegato, e le comunicazioni in corso di contratto sono redatti in lingua italiana, salva la facoltà del contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

A) INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1) Informazioni generali

- Denominazione sociale, forma giuridica dell'Impresa e Sede Legale

Il contratto sarà concluso con Filo diretto Assicurazioni S.p.A., capogruppo del Gruppo Filo diretto, iscritto al n. 039 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi, con sede legale sita in Italia, 20864 Agrate Brianza (MB) Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso n. 14, tel: 039-6056804 mail: assicurazioni@filodiretto.it Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al contraente da parte dell'Impresa e pubblicate sul sito internet aziendale: www.filodiretto.it

- Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministro dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 1993 n. 258). Iscritta alla Sez. I dell'Albo delle imprese al n. 1.00115

2) Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Esercizio 2011

Bilancio approvato il 27/04/2012

Il patrimonio netto della Filo diretto Assicurazioni S.p.A. ammonta ad € 12.901.499 di cui capitale sociale € 11.800.000 e riserve patrimoniali € 1.101.499.

Si precisa che l'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 129%, intendendo per tale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

Per ogni successivo aggiornamento si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.filodiretto.it

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato con previsione di tacito rinnovo per un anno e così successivamente.

Avvertenza: il contraente potrà disdire il contratto, mediante lettera raccomandata spedita alla sede di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. almeno 30 giorni prima della scadenza. In caso di disdetta, per la quale il contraente non sosterrà alcun onere aggiuntivo, verranno meno gli effetti del contratto, così come previsto dalle norme vigenti. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "*Durata del contratto – Tacito Rinnovo*" contenuto nell'Allegato n.1 alla scheda di polizza.

3) Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto presenta una serie di garanzie preposte alla tutela di coloro che viaggiano, elaborate per offrire una protezione verso gli accadimenti dannosi e gli imprevisti che si verificano più frequentemente durante i viaggi quali le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario il tutto completato da prestazioni di Assistenza alla persona e Infortuni che rendono ancora più globale l'offerta. Si rammenta come le coperture effettivamente acquistate verranno indicate all'interno della polizza sottoscritta (c.d. scheda di polizza), condizione peraltro essenziale per l'operatività delle stesse.

Avvertenza: le coperture assicurative previste sono soggette a limitazioni ed esclusioni ovvero a condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "Esclusioni e limiti specifici per la garanzia" per le esclusioni proprie di ciascuna garanzia ovvero all'articolo "Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie" per gli aspetti di dettaglio propri di ciascuna delle sezioni nelle quali è articolato il contratto.

Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede l'applicazione di franchigie e/o scoperti e/o massimali, meglio definiti nel glossario presente nelle Condizioni di Assicurazioni, nella misura risultante nelle Condizioni di Assicurazione e dalla scheda di polizza e con le seguenti modalità:

Franchigia: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, un importo predeterminato in numero assoluto rimane a carico dell'assicurato (es: Euro 50,00);

Scoperto: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, una percentuale predeterminata rimane a carico dell'assicurato (es: 25% del danno);

Massimale: a prescindere dall'ammontare del danno indennizzabile patito dall'assicurato a seguito del sinistro, l'indennizzo corrisposto dall'Impresa non potrà eccedere la somma di denaro predeterminata (es: Euro 5.000,00)

4) Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: qualora il contraente/assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti in merito alle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto, queste potrebbero comportare effetti in ordine alla prestazione resa dall'Impresa. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" per gli aspetti di dettaglio.

5) Aggravamento e diminuzione del rischio

Il contraente/assicurato dovrà dare comunicazione scritta a mezzo racc. AR di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione "Determinazione del premio – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" per gli aspetti di dettaglio.

6) Premio

Per aderire al contratto il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento del premio in più rate.

L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 5 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso autorizzato dall'Impresa.

7) Rivalse

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di rivalsa in capo all'Impresa, ovvero la possibilità per l'assicuratore di rivalersi verso i terzi responsabili del danno, dopo la liquidazione dello stesso. L'assicurato dovrà avere cura di verificare gli aspetti di dettaglio nell'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "Rivalsa"

8) Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere il diritto di recesso in capo al Contraente, all'Impresa ovvero ad entrambi. Il Contraente dovrà avere cura di verificare nell'articolo di riferimento, rubricato "Recesso in caso di sinistro", i termini e le modalità per l'esercizio di tale diritto.

9) Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile i diritti dell'assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto e/o dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questi azione.

Si richiama l'attenzione del contraente/assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

10) Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. applica al contratto che sarà stipulato la Legge Italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

11) Regime fiscale

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge in ordine al presente contratto sono a carico del contraente.

C) INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12) Sinistri – Liquidazione del sinistro

Avvertenza: il contratto di assicurazione può prevedere particolari modalità e termini per la denuncia del sinistro, il mancato rispetto dei quali può comportare la perdita totale o parziale del diritto alla liquidazione del sinistro.

Avvertenza: il momento di insorgenza del sinistro dovrà essere ricercato:

- nel caso di malattia: nel momento di individuazione di ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, tramite i più opportuni accertamenti clinico - diagnostici del caso;
- nel caso di infortunio: al verificarsi di un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Resta salva la successiva valutazione in merito all'indennizzabilità del sinistro medesimo.

Il contratto di assicurazione, altresì, potrà prevedere eventuali costi in capo all'assicurato, all'Impresa ovvero ad entrambi per la ricerca e la stima del danno. L'assicurato dovrà avere cura di verificare negli articoli di riferimento gli aspetti di dettaglio relativi alle procedure liquidative.

13) Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati dall'Assicurato all'Ufficio Reclami di Filo diretto Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni – Via Paracelso, 14 – 20864 - Agrate Brianza – MB – fax 039/6892199 – reclami@filodiretto.it .

Qualora l'Assicurato 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 dall'Impresa.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità, si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

14) Arbitrato

Avvertenza: il presente contratto assicurativo potrà prevedere – ove espressamente regolamentato all'interno del dettato normativo - la possibilità per l'assicurato e/o per l'Impresa di ricorrere alla procedura arbitrale per la risoluzione di eventuali controversie tra le parti.

Sarà in ogni caso facoltà delle Parti ovvero di una di esse rivolgersi direttamente all'Autorità giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

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;

Aderente : persona giuridica / fisica che aderisce al contratto di assicurazione collettivo e s'impegna a pagare il premio;

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

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

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

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

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

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

Compagno di viaggio La persona assicurata che pur non avendo vincoli di parentela con l'Assicurato risulta iscritto al viaggio contemporaneamente all'assicurato;

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

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

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

Europa: tutti i paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russia;

Eestero: 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 combustione con sviluppo di fiamma;

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

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente 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 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;

Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, la clinica universitaria, l'Istituto universitario, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

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

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

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche 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;

Modulo di adesione: documento attraverso il quale l'Aderente sottoscrive il contratto di assicurazione collettivo;

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;

Rischio: probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Il Rappresentante legale
Ing. Gualtiero Ventura



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE OUTDOOR ASSICURAZIONE ESCURSIONISMO

Condizioni di Assicurazione OUTDOOR (ed. 2013-04) – Ultimo aggiornamento 18/04/2013

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

La garanzia comprende le:

- spese di ricovero in istituto di cura;
- spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti alla malattia o all' infortunio denunciati);
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati);
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 200,00 per Assicurato;

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.

Per gli importi superiori a € 1.000,00 l'Assicurato deve richiedere preventiva autorizzazione da parte della Centrale Operativa.

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

ART. 1.2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

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

Per i sinistri con importo superiore ad € 1.000,00 in caso di mancata autorizzazione da parte della Centrale Operativa, verrà applicato, uno scoperto pari al 25% dell'importo da rimborsare con un minimo di € 50,00.

Resta inteso che per gli importi superiori ad € 1.000,00 nessun rimborso sarà dovuto qualora l'Assicurato non fosse in grado di dimostrare l'avvenuto pagamento delle spese mediche sostenute tramite Bonifico bancario o Carta di credito.

ART. 1.3 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA SPESE MEDICHE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie 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 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

Le attività di servizio inserite nella garanzia Assistenza alla persona sono offerte a titolo gratuito.

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2.2 - CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

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

ART. 2.3 - 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 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, la Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente.

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

ART. 2.4 - 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. 2.5 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

Se l'Assicurato è ricoverato, il Servizio Medico di Centrale Operativa è a disposizione, come punto di riferimento, per eventuali comunicazioni e aggiornamenti sul decorso clinico da dare ai familiari dell'Assicurato.

ART. 2.6 - TRASPORTO SANITARIO ORGANIZZATO

Il Servizio Medico della Centrale Operativa, in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, che comportino infermità o lesioni non curabili in loco o che impediscano la continuazione del viaggio e/o soggiorno, dopo eventuale consulto con il medico locale, e, se necessario/possibile, quello di famiglia, ne organizzerà il Trasporto o rientro sanitario. In base alla gravità del caso, l'Assicurato verrà trasportato nel centro ospedaliero più idoneo al suo stato di salute ovvero ricondotto alla sua residenza.

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

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

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

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

ART. 2.7 - RIENTRO DEI FAMILIARI O DEL COMPAGNO DI VIAGGIO

In caso di Trasporto sanitario dell'Assicurato, Trasporto della salma e Rientro del Convalescente, la Centrale Operativa organizzerà e la 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. 2.8 - TRASPORTO DELLA SALMA

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

ART. 2.9 - VIAGGIO DI UN FAMILIARE IN CASO DI OSPEDALIZZAZIONE

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 5 giorni, la Centrale Operativa organizzerà e la 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.**

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

ART. 2.10 - ASSISTENZA AI MINORI

Qualora a seguito di malattia o infortunio, l'Assicurato non possa curarsi dei figli minori in viaggio con lui, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare o di un'altra persona designata dall'Assicurato od eventualmente dal coniuge, un biglietto A/R in treno 1° classe od aereo classe turistica, per raggiungere i minori e ricondurli al domicilio.

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

ART. 2.11 - RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALESCENTE

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato gli impedisca di rientrare alla sua residenza con i mezzi inizialmente previsti la Centrale Operativa organizzerà e la Impresa 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. 2.12 - PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato, i famigliari o il compagno di viaggio, anch'essi assicurati, all'organizzazione logistica per il pernottamento originato da un prolungamento del soggiorno dovuto a malattia o infortunio dell'Assicurato stesso, a fronte di regolare certificato medico e la 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. 2.13 - INVIO URGENTE DI MEDICINALI ALL'ESTERO

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

ART. 2.14 - INTERPRETE A DISPOSIZIONE ALL'ESTERO

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

ART. 2.15 - 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 garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito.

ART. 2.16 - RIENTRO ANTICIPATO

La Centrale Operativa organizzerà e la 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.

La prestazione è altresì valida per danni materiali all'abitazione principale o secondaria, allo studio professionale o all'impresa dell'assicurato che ne rendano indispensabile e indifferibile la sua presenza. Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente la 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. 2.17 - SPESE TELEFONICHE/TELEGRAFICHE

La 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. 2.18 - TRASMISSIONE MESSAGGI URGENTI

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

ART. 2.19 - SPESE DI SOCCORSO RICERCA E DI RECUPERO

In caso di infortunio o malattia, le spese di ricerca e di soccorso sono **garantite fino ad un importo di € 1.500,00 per persona** in Italia, per **l'Estero l'importo è di € 3.000,00** a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

ART. 2.20 - ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO

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

ART. 2.21 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA ASSISTENZA ALLA PERSONA

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni a tutte le garanzie, la 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, la Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

L'Impresa non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre Compagnie di assicurazione o da altri Enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Il rimborso può essere riconosciuto (entro i limiti previsti dal presente contratto) nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza: in tal caso devono pervenire alla Centrale Operativa i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'assicurato.

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

ART. 2.22 - RESPONSABILITÀ

La 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. 2.23 - RESTITUZIONE DI TITOLI DI VIAGGIO

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

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

ART.2.24 - DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

L'Assicurato, in viaggio all'estero che incorra in infortunio o malattia, ha la possibilità di ricevere un teleconsulto medico-specialistico on line direttamente da medici appartenenti a primarie strutture sanitarie italiane e internazionali.

La consulenza specialistica verrà erogata, in via principale e ove possibile, con modalità telematica attraverso il sistema di telemedicina Net for Care.

Net for Care è la piattaforma tecnologica che, attraverso le più innovative soluzioni telematiche, unisce in rete medici altamente specializzati in Italia e nel mondo convenzionati con la Centrale Operativa dell'Impresa permettendo all'Assicurato di accedere a servizi di consulenza medico-specialistica on line.

ART. 2.25 - COME ACCEDERE ALLA TELECONSULENZA

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 teleconsulenza medica di secondo livello con uno dei medici specialisti della rete Filo diretto, alla presenza dell'Assicurato e/o di un suo familiare.

ART. 2.26 - 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. 2.27 - COSTO DELLA PRESTAZIONE

L'Impresa 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.

SEZIONE 3 – INFORTUNI

La presente garanzia è valida ed operante solo se è stata richiamata sulla scheda di polizza ed è stato corrisposto il relativo premio.

ART. 3.1 – 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 nella scheda di polizza.

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'annegamento;
- d) l'assideramento o il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) la folgorazione;
- g) le affezioni e gli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti;
- h) le lesioni muscolari determinate da sforzi, con l'esclusione delle ernie traumatiche o da sforzo, degli infarti e delle rotture sottocutanee dei tendini.

ART. 3.2 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione cessa al compimento del 80° anno di età. Tale cessazione si verifica nonostante l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo la cessazione stessa.

ART. 3.3 - MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, la 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, la 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 la Impresa ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, la 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, la 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. 3.4 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva totale, la 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 5% della totale.

Art. 3.5 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

La denuncia dell'infortunio deve contenere la indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di convalescenza, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore. L'assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire all'Impresa le indagini e gli accertamenti necessari.

ART. 3.6 - CLAUSOLA DI CUMULO

Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con la Impresa l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 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. 3.7 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni a tutte le garanzie sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti da:

- a) guida di aeromobili 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) dalla pratica di paracadutismo o di sport aerei in genere;
- d) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- e) nell'esercizio di sports comportanti l'uso di veicoli a motore;
- f) 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 contaminati, Palombari, Pirotecnici, Polizia (appartenenti alla), Sommozzatori, Vigili del fuoco.

ART. 3.8 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

La 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

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 del Contraente o dell'Assicurato;
- viaggio intrapreso contro il parere medico o, in ogni caso, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti, già note all'Assicurato alla sottoscrizione/adesione della polizza. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie preesistenti 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/Kayak fluviale oltre il terzo grado, rafting oltre 4 W, 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;**
- 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 legida 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;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

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 - DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

Le **garanzie decorrono** (secondo i vincoli previsti dal sistema on line attivo sul sito ww.assicurazioneescursionismo.it ed indicati al successivo Art.4) **dalle ore e data di inizio dell'attività** per la quale è stipulata l'assicurazione e **cessano alle ore 24.00 dal giorno indicato sul certificato assicurativo.**

ART.4. - COMUNICAZIONE DEGLI ASSICURATI ADERENTE –INTERMEDIARIO

La Impresa includerà in garanzia tutte le persone i cui nominativi siano stati comunicati dall'Aderente all'intermediario Assilife, tramite sistema gestionale online, sul sito www.assicurazioneescursionimo.it o nel caso in cui ci fossero problemi tecnici sul sito web a mezzo telefax +39 039 330.98.218. Al fine di consentire l'accesso a tale area privata del sito, l'intermediario Assilife fornirà all'Aderente una *user-id* ed una *password* di accesso che dovranno essere custodite ed utilizzate con la massima diligenza.

Nessuna altra forma di comunicazione dei nominativi potrà considerarsi equipollente a quelle su menzionate e pertanto, la Impresa potrà rivalersi per le prestazioni erogate ai soggetti il cui nominativo non sia rilevabile dagli elenchi trasmessi con le modalità precisate sopra.

ART.5- - PREMI E REGOLAZIONE

Il Premio definitivo dovuto alla Impresa sarà determinato in base all'applicazione del premio lordo per persona **pari ad € 3,00 per ogni giorno di copertura** di cui il Contraente abbia comunicato il nominativo durante il periodo di validità della polizza. L'Aderente di impegna a versare contestualmente alla sottoscrizione un premio **minimo annuo pari a 120,00 euro (centoventi/00 euro)**. Il premio minimo sarà compensato a saldo delle coperture assicurative richieste come da certificati assicurativi emessi. Qualora l'Aderente non versasse quanto richiesto nei termini previsti dall'Art.15"Obblighi dell'Aderente", l'assicurazione resterà sospesa e il relativo account verrà disattivato.

ART. 6 - VALIDITÀ' TERRITORIALE

La polizza è valida in tutto il Mondo.

ART. 7 – LIMITI DI ETA' ASSICURATI

La polizza è valida per Assicurati di età compresa tra i 5 e 80 anni, residenti in Europa

ART. 8 - ATTIVITA' ASSICURATE

L'Assicurazione vale per le attività sportive, ricreative formative turistiche e culturali, organizzate e/o promosse da:

- **Guide Alpine , Accompagnatori di media Montagna, Istruttori di Nordic Walking e Guide Fluviali, professionisti iscritti nei rispettivi albi professionali;**
- **Associazioni e/o Gruppi Organizzati**

Le attività assicurate sono esclusivamente quelle di seguito elencate:

- **Escursionismo-Trekking-Ferrate sino al grado di difficoltà EEA e EAI;**
- **Alpinismo sino al 3° grado;**
- **Arrampicata sportiva in artificiale (con ausilio di attrezzi e strumenti per la progressione e la sicurezza), su roccia, ghiaccio e terreno misto;**
- **Mountain bike;**
- **Rafting (fiumi di livello sino a massimo 4W);**
- **Canoa/Kayak fluviale sino al 3°grado;**
- **Nordik Walking;**
- **Running comprese gare svolte a livello ludico e ricreativo.**

ART. 9 - 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. 10 - 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, l'assicurazione è valida dalla stazione di partenza (aeroportuale, ferroviaria, ecc. del viaggio organizzato) a quella di arrivo alla conclusione del viaggio.

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

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

ART. 11 - 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. 12 - 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. 13 – 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. 14 - 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. 15 - OBBLIGHI DEL ADERENTE ALLA CONVENZIONE

L'Aderente, valutati i contenuti della proposta, potrà aderire alla convenzione, seguendo le indicazioni riportate sull'apposito modulo di adesione.

L'Aderente è responsabile dell'invio dei dati riguardanti l'assicurato al fine dell'attivazione della copertura assicurativa, all'Intermediario ASSILIFE, così come previsto dall'Art.4."Comunicazione degli Assicurati".

L'Aderente si impegna a versare i premi relativi alle attivazioni di copertura assicurativa richieste con le modalità previste dall'Art. 5,"Premi e Regolazioni" entro sette giorni dalla data di richiesta formulata per iscritto dall'Intermediario Assilife.

L'Aderente metterà a disposizione degli Assicurati l'intera documentazione contrattuale modelli informativi sull'intermediario e diritti dell'assicurato ed estratto condizioni di polizza, disponibili su internet www.assicurazioneescursionismo.it.

L'Aderente terrà altresì manlevati l'Intermediario Assilife e la Impresa, da ogni conseguenza pregiudizievole che dovesse derivare dalla mancata consegna all'Assicurato della documentazione di cui sopra.

ART. 16 - POLIZZA A FAVORE DEL TERZO

Filo diretto Assicurazioni e il Contraente si danno reciprocamente atto che la presente Assicurazione è stipulata nell'interesse degli Assicurati il cui rapporto con Filo diretto Assicurazioni è regolato esclusivamente dalla polizza; è, quindi inteso che in ordine ad ogni e qualsiasi eventuale pretesa e/o richiesta che l'Assicurato dovesse avanzare in relazione alle garanzie rese da Filo diretto Assicurazioni in forza della presente assicurazione, risponderà esclusivamente Filo diretto Assicurazioni stessa. Resta inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alla garanzia dell'assicurazione.

ART. 17 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dalla erogazione della garanzia o dal rifiuto a prestarla, il Contraente o Filo diretto Assicurazioni possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso Filo diretto Assicurazioni, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

La riscossione o il pagamento dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto del Contraente o di Filo diretto Assicurazioni non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti a valersi della facoltà di recesso.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Assistenza:

In caso di sinistro 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 verde:

800 279745

dall'Estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39/039/65546646** comunicando subito le seguenti informazioni:

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

Altre garanzie:

I sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **via internet** (sul sito www.filodiretto.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero +39 039.6554.6646**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

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

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

IN CASO DI ASSISTENZA ALLA PERSONA

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;

IN CASO DI SPESE MEDICHE

- certificato di pronto soccorso redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, le prescrizioni, la prognosi e la diagnosi medica e che certifichi la tipologia e le modalità della malattia e/o dell'infortunio subito;
- in caso di ricovero, copia completa della cartella clinica;
- prescrizione medica e originale delle notule, fatture, ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali, con le ricevute originali dei farmaci acquistati.

NOTA IMPORTANTE

- Occorre sempre fornire all'Impresa gli originali delle fatture delle riparazioni nonché gli originali di ogni spesa sostenuta a seguito del sinistro.
- L'Impresa si riserva il diritto di richiedere ogni ulteriore documentazione necessaria per una corretta valutazione del sinistro denunciato. **La mancata produzione dei documenti sopra elencati, relativi al caso specifico può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.**
- E' necessario comunicare all'Impresa ogni modifica del rischio che dovesse intervenire successivamente alla stipula del contratto.

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

Importante!

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

Per eventuali reclami scrivere a

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

in caso di mancato riscontro scrivere a:

ISVAP – 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:

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

2) Modalità del trattamento

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

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

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

3) Conferimento dei dati

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

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

I dati potranno essere comunicati - per le finalità di cui al punto 1a) e per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità - in Italia e all'estero, all'Impresa o a Imprese del Gruppo Filo diretto, soggetti esterni alla catena distributiva dell'Impresa che svolgono attività connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale, quali corrispondenti, organismi sanitari, personale medico e paramedico, personale di fiducia, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, agenti, subagenti, 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, 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 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.