



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI VIAGGI FILO DIRETTO EASY

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.

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE
LA NOTA INFORMATIVA**

INDICE

NOTA INFORMATIVA	1/5
GLOSSARIO	4/5
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1/8
SEZIONE I - SPESE MEDICHE	1/8
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	3/8
INFORMATIVA PRIVACY	8/8

NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI

Nota Informativa Filo diretto Easy modello SM 0115 (ed. 2018-06) Ultimo aggiornamento 01/06/2018

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 concordare con l'Impresa 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 Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., società iscritta alla Sez. 1 dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115, società del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi, con sede legale sita in Italia, 10071 Borgaro Torinese (TO), Via Lanzo n. 29 e Direzione Generale sita in Italia, 20864 Agrate Brianza (MB), Centro Direzionale Colleoni, Via Paracelso n. 14, tel: 039.9890.001 mail: assicurazioni@nobis.it – pec: nobisassicurazioni@pec.it. Eventuali modifiche saranno tempestivamente comunicate per iscritto al contraente da parte dell'Impresa e pubblicate sul sito internet aziendale: www.nobis.it

• Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Nobis Compagnia di 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

Le informazioni relative alla situazione patrimoniale dell'Impresa, così come previste dal Reg. ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, sono indicate nell'apposito documento riepilogativo allegato alla scheda di polizza.

Per ogni aggiornamento relativo allo stato patrimoniale ed ogni modifica delle norme contenute nel presente Fascicolo Informativo si rimanda alla consultazione del sito internet dell'Impresa www.nobis.it.

B) INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto cessa a tutti gli effetti alla data indicata in polizza con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

Avvertenza: si rinvia all'articolo delle Condizioni di Assicurazione rubricato "Durata del contratto" delle Norme comuni a tutte le garanzie per gli aspetti di dettaglio.

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 per le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario. 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, ove presente, all'articolo "Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie" per gli aspetti di dettaglio.

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 70,00);

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).

Avvertenza: il contratto non prevede un limite massimo di età assicurabile, eccezion fatta per i viaggi di durata superiore a tre mesi che prevedono il limite di 70 anni al momento della stipula del contratto.

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.

A titolo esemplificativo e non esaustivo si possono indicare le seguenti ipotesi che concorrono alla modificazione del rischio: cambio di tipologia del viaggio o cambio di destinazione.

6) Premio

Per aderire al contratto il contraente dovrà pagare il premio risultante dalla scheda di polizza ed è sempre dovuto per intero.

L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, carta di credito e contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 5 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate 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 all'assicurato, all'Impresa ovvero ad entrambi. L'assicurato 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.

Per i contratti stipulati dal contraente/assicurato direttamente con l'Impresa senza alcuna intermediazione (c.d. vendita diretta), l'Assicurato dovrà aver cura di verificare, altresì, quanto disposto dall'articolo rubricato "Diritto di recesso".

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.

Nobis Compagnia di 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 dell'Indennizzo

Avvertenza: Il Contratto di Assicurazione può prevedere particolari modalità e termini per la denuncia del sinistro, così come descritte nella sezione "Cosa fare in caso di sinistro", il mancato rispetto dei quali può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, così come dettagliatamente descritto anche nell'articolo rubricato "Obblighi dell'assicurato" e nell'articolo "Denuncia del sinistro ed obblighi relativi".

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 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. Si rinvia all'articolo "Criteri di indennizzo". 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 dal Cliente all'Ufficio Reclami di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. - Centro Direzionale Colleoni - Via Paracelso, 14 - 20864 - Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 - Roma, utilizzando l'apposito modulo denominato "Allegato 2" (reperibile dal sito www.ivass.it, sezione "guida reclami", "come presentare un reclamo") 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, compreso quanto previsto dal D.Lgs. 28/2010 e successive modificazioni, secondo le modalità dagli stessi indicate. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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.

15) Avvertenza in caso di contratto con vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza

Qualora il contratto preveda la conclusione mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente ha diritto:

1. di scegliere di ricevere e di trasmettere il Fascicolo Informativo e la documentazione di cui all'art. 10 comma 1 del Regolamento ISVAP n. 34 su supporto cartaceo o su altro supporto durevole;
2. di richiedere in ogni caso e senza oneri la ricezione della documentazione di cui sopra su supporto cartaceo e di modificare la tecnica di comunicazione a distanza;
3. di utilizzare, a seguito della richiesta dell'Impresa di sottoscrivere e ritrasmettere il contratto inviato, a sua scelta il supporto cartaceo o altro supporto durevole;
4. nel caso di contratto a distanza tramite Call Center i cui addetti non siano dipendenti dell'impresa, di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo dell'attività di promozione e collocamento dei contratti di assicurazione svolta dal Call Center.

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;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Assicurazione: il contratto di assicurazione;

Atti di terrorismo: un'azione di pubblico dominio – comprendente gravi forme di violenza illegittima contro una comunità (o parte di essa) e i relativi beni – finalizzata a incutere terrore nei membri di una collettività organizzata e/o a destabilizzarne l'ordine costituito e/o a limitare le libertà individuali (compresa quella di culto), mediante attentati, rapimenti, dirottamenti di aerei, di navi etc. e atti simili purché idonei a mettere in pericolo la vita degli individui;

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 viaggio contemporaneamente all'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;

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

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

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

Estero: 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.

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: Nobis Compagnia di 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'inabilità 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, 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 marzo 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 infortuni;

Malattia preesistente (vedi art. 1 delle “Norme comuni a tutte le garanzie”)

- **(assicurato con meno di 80 anni al momento della stipula del contratto):** una malattia, infortunio o condizione medica che – diagnosticata o meno al momento dell'acquisto della polizza – sia stata comunque oggetto di consultazione o esame da parte di un medico e/o di trattamento medico e/o di ricovero ospedaliero e/o prescrizione di medicine e/o accertamenti nei **12 mesi** precedenti la data di emissione della polizza stessa;
- **(assicurato con un'età pari o superiore a 80 anni al momento della stipula del contratto):** una malattia, infortunio o condizione medica che – diagnosticata o meno al momento dell'acquisto della polizza – sia stata comunque oggetto di consultazione o esame da parte di un medico e/o di trattamento medico e/o di ricovero ospedaliero e/o prescrizione di medicine e/o accertamenti nei **48 mesi** precedenti la data di emissione della polizza stessa;

Massimale: somma fino a concorrenza della quale l'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 e Federazione Russa: tutti i paesi del mondo esclusi Stati Uniti e Canada;

Mondo Intero incluso Stati Uniti e Canada: tutti i paesi del mondo inclusi Stati Uniti e Canada;

Nucleo Familiare: il coniuge/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato;

Polizza: il documento che prova l'assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;

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;

Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non ché 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;

Usa e Canada e resto del mondo: tutti i paesi del mondo inclusi Stati Uniti e Canada;

Vendita diretta: contratti stipulati dal contraente/assicurato direttamente con l'Impresa, tramite il sito internet www.nobis.it, senza alcun tipo di intermediazione;

Veicolo: mezzo meccanico di trasporto guidato dall'assicurato, azionato da motore e destinato a circolare sulle strade, sulle aree pubbliche nonché su quelle private

Viaggio/Locazione: lo spostamento e/o soggiorno a scopo turistico, di studio e di affari; 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).

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

Il Rappresentante Legale
Dr. Giorgio Introvigne



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE FILO DIRETTO EASY

Condizioni di Assicurazione Filo diretto Easy modello SM 0115 (ed. 2018-06) Ultimo aggiornamento 01/06/2018

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, non procrastinabili e imprevedibili, 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) entro il limite di euro 1.500,00;
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti alla malattia od infortunio denunciati) entro il limite di euro 1.000,00;
- spese mediche sostenute a bordo di una nave entro il limite di euro 800,00;
- spese per cure dentarie urgenti, solo a seguito di infortunio, fino a € 200,00 per Assicurato;
- spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino, fino ad € 5.000,00.

In caso di ricovero ospedaliero o in caso di day Hospital 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. Nei casi in cui l'Impresa non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate a termini di polizza sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa contattata preventivamente.

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 € 1.000,00, purché sostenute entro 30 giorni dalla data di rientro.

Sono sempre comprese in garanzia le prestazioni Trasporto Sanitario Organizzato di cui all'art. 1.5 e Rientro del Viaggiatore Convalescente di cui all'Art 1.6.

ART. 1.2 – FRANCHIGIA E SCOPERTO

Per ogni sinistro verrà applicata una franchigia assoluta di € 70,00 che rimane a carico dell'Assicurato, tranne nei casi di Ricovero ospedaliero e Day Hospital per i quali nessuna franchigia verrà applicata.

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 € 70,00.

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.

Sono inoltre escluse le spese nel caso l'Assicurato non abbia denunciato alla Centrale Operativa l'avvenuto ricovero (compreso il Day Hospital) o prestazione di pronto soccorso;

Qualora l'Assicurato intendesse avvalersi di strutture ospedaliere/medici che non fanno parte della Rete Convenzionata dell'Impresa l'esborso massimo di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. non potrà superare l'importo di € 300.000,00 fermo restando il limite del massimale indicato in polizza.

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

In Italia, qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale la garanzia varrà per le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

La garanzia Spese Mediche è operante per un periodo non superiore a 110 giorni complessivi di degenza ospedaliera. Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste negli ultimi due capoversi dell'art. 1.5, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

Sono altresì comprese in garanzia le seguenti prestazioni:

ART. 1.4 - 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. 1.5 - 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 (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.

Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto sanitario organizzato/rientro sanitario, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa. Nel caso in cui l'Assicurato, in assenza di indicazione medica contraria, rifiuti unilateralmente il trasferimento presso una Struttura Sanitaria indicata dall'Impresa, quest'ultima sospenderà immediatamente l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere – a qualsiasi titolo, ragione o causa – dall'Impresa.

ART. 1.6 - 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. 1.7 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LE PRESTAZIONI TRASPORTO SANITARIO E RIENTRO DEL VIAGGIATORE CONVALDESCENTE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie, 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.

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.

Nel caso in cui l'Assicurato rifiuti volontariamente il trasporto/rientro sanitario, l'Impresa sospenderà immediatamente l'assistenza.

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

ART. 1.8 - 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. 1.9 - 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 SEZIONI

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, vandalismo, scioperi;
- terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
- dolo o colpa grave 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;
- viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
- errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche, già note all'Assicurato alla sottoscrizione della polizza. Sono comprese le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti, fermi i limiti meglio definiti nel Glossario di polizza alla voce "Malattia preesistente". Sono anche comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche che si verifichino dopo la prenotazione dei servizi turistici o del viaggio;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- 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, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), quarantene;
- 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, sci alpinismo, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hydrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m.;
- 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;
- gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
- le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
- parto (anticipato, prematuro o meno) svoltosi nel corso del viaggio;
- 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.

Per i viaggi di vacanza o di Studio sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.

Non è consentita la stipulazione di più polizze Filo diretto Easy a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti.

La polizza deve essere emessa per la destinazione che comprenda tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre.

La polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come il contratto di assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Qualora l'emissione avvenga successivamente alla data di partenza del viaggio, il contratto s'intenderà privo di ogni effetto e l'Impresa provvederà alla restituzione del premio di polizza. Eventuali sinistri verificatisi successivamente alla data di emissione della polizza non verranno presi in carico dall'Impresa.

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Artico e nei 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 al momento dell'emissione della polizza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "3.0". 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 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che l'Impresa, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato fosse in una delle seguenti condizioni escluse dalla polizza: uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che, nel caso una o più delle malattie o disturbi sopra richiamati insorgano durante il periodo di validità della polizza, si applicherà quanto previsto dall'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

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

Per i viaggi superiori a 3 mesi consecutivi il contratto, prevede un limite massimo di età assicurabile, a norma del quale risulteranno assicurabili le persone che al momento della stipulazione della polizza non abbiano ancora compiuto i 70 anni di età, fermo restando che l'assicurazione rimane in vigore per chi già in precedenza è assicurato.

ART. 3 - 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. 4 - VALIDITÀ, DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza sempreché sia stato corrisposto il relativo premio.

Le coperture sono prestate nei limiti dei capitali/massimali e delle prestazioni nel luogo ove si è verificato l'evento, sempre che questo sia compreso nella "DESTINAZIONE" per cui è stata emessa la polizza.

Le garanzie sono valide durante il periodo del viaggio, come riportato nella scheda di polizza, e comunque fino ad un massimo di 3 mesi consecutivi dalla data di inizio del viaggio stesso ad eccezione delle polizze per le quali l'Assicurato ha specificatamente scelto la formula che prevede la permanenza all'Estero superiore a 3 mesi consecutivi come risultante dalla scheda di polizza.

La presente polizza è conforme a quanto indicato nel D.Lgs. del 06.02.2007.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto all'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. 6 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio come indicato in polizza 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.

Nel caso di viaggio in auto o altro mezzo non sopracitato, l'assicurazione è valida ad oltre 50 Km dal luogo di residenza.

Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei 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 al momento dell'emissione della polizza riportano un grado di rischio uguale o superiore a "3.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

ART. 7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative note, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato l'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 note, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, l'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. 8 - LIQUIDAZIONE DEI DANNI/NOMINA DEI PERITI

La quantificazione del danno sarà effettuata dall'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 dell'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.

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

ART. 9 - 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. 10 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. 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. 11 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro denunciato e sino al sessantesimo giorno da quello in cui l'indennizzo è stato pagato od il sinistro è stato altrimenti definito, il Contraente o l'Impresa possono recedere dal contratto.

Il recesso ha effetto:

- nel caso di recesso del Contraente: dalla data di invio della sua comunicazione;
- nel caso di recesso dell'Impresa: trascorsi trenta giorni dalla data di ricezione da parte dell'assicurato della comunicazione inviata dall'Impresa;

In caso di recesso esercitato dall'Impresa, quest'ultima entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la quota parte di premio relativa al periodo di rischio assicurativo non corso, escluse soltanto le imposte.

ART. 11 BIS - DIRITTO DI RECESSO (valido solo per polizze commercializzate con la c.d. vendita diretta)

L'Assicurato dispone di un termine di quattordici giorni per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo.

Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre alternativamente:

- a) dalla data della conclusione del contratto;
- b) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni di cui all'articolo 67-undecies del D.Lgs n. 209 del 07 settembre 2005, se tale data è successiva a quella di cui alla lettera a).

Il diritto di recesso non si applica:

- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;

Per esercitare il diritto di recesso, l'Assicurato deve inviare, prima dello scadere del termine, una comunicazione scritta al fornitore, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento presso la sede legale dell'Impresa all'indirizzo poco sopra richiamato, dichiarando, con questa comunicazione, che in tale periodo non siano avvenuti sinistri di alcun tipo.

Qualora si sia effettivamente verificato un sinistro, il diritto al recesso non potrà essere esercitato. Nel caso di dichiarazione non rispondente alla realtà dei fatti, l'Impresa avrà diritto di rivalersi nei confronti dell'Assicurato per ogni spesa e/o onere sostenuto direttamente e/o indirettamente connesso.

Nei confronti dell'Assicurato che esercita il diritto di recesso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Qualora l'Assicurato non eserciti il diritto di recesso, il contratto troverà piena ed integrale applicazione nei termini pattuiti.

ART. 12 - IMPOSTE E TASSE

Gli oneri fiscali e tutti gli altri oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 13 - RIVALSA

L'eventuale rivalsa, ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, nei confronti di terzi responsabili o di altri soggetti obbligati sarà esercitata dall'Impresa per lo stesso titolo dell'indennizzo pagato.

ART. 14 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Il premio è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla destinazione, al prezzo del viaggio, alla durata del viaggio, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati.

Il contraente/Assicurato è tenuto a dare immediata comunicazione all'Impresa delle eventuali modifiche intervenute in corso di contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente, rese al momento della stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, o di mancata comunicazione di ogni variazione delle circostanze stesse che comportano aggravamento di rischio, il pagamento del danno non è dovuto o è dovuto in misura ridotta in applicazione di quanto previsto dagli artt. 1892 - 1893 - 1894 e 1898 del Codice Civile.

ART. 15 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Per sottoscrivere la presente polizza il premio e le eventuali rate di premio successive indicati nella scheda di polizza devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'Impresa che indicano la data del pagamento e recano la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

ART. 16 - DURATA DEL CONTRATTO

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza.

Il contratto cesserà alla data indicata nella scheda di polizza con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

ART. 17 - CONDIZIONI PARTICOLARI PER GLI ASSICURATI CON ETÀ PARI O SUPERIORE AGLI 80 ANNI AL MOMENTO DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO

Per gli assicurati che al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione abbiano già compiuto gli 80 anni di età, in relazione ai viaggi con destinazione "estero", s'intendono operanti esclusivamente i seguenti massimali:

- Sezione 1 – Spese mediche: euro 50.000,00.

COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

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:

800.894123

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero +39.039.9890.702 comunicando subito le seguenti informazioni:

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Altre garanzie

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

- **via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero +39.039/9890.712**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via Paracelso, 14 – Centro Direzionale 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 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.
- numero della polizza.

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Reclami

Centro Direzionale Colleoni

Via Paracelso, 14

20864 Agrate Brianza - MB - fax 039/6890.432 - reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS - Servizio Tutela degli Utenti

Via del Quirinale, 21

00187 ROMA (RM)

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELLA SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, La informiamo che Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia") intende trattare dati personali che La riguardano, nell'ambito delle attività a Lei prestata dalla Compagnia.

1. Titolarità e contatti

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO). E' possibile contattare i responsabili dei trattamenti e il responsabile della protezione dati (DPO) presso la Direzione Risorse Umane, via Paracelso 14, 20864 Agrate Brianza (MI).

2. Trattamenti e finalità

I dati personali, con riferimento anche a dati di natura particolare (c.d. sensibili) definiti tali ai sensi della normativa vigente, forniti o acquisiti, saranno utilizzati per:

- finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati personali è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta;
- finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati personali necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce;
- finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso;
- finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass 35/2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso.

3. Profilazione

Le attività di profilazione, definite tali ai sensi dell'art.4 del reg. UE 2017/679 svolte sono unicamente asservite alla esecuzione dei trattamenti attinenti le pratiche assicurative di cui al punto (a) del paragrafo 2 nonché rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti di cui al punto (c) e all'esecuzione di attività di contatto per promuovere offerte di prodotti della Compagnia di cui al punto (d) del paragrafo 2.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti. I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e autocarrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consorziali proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, anticiclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

5. Tipologia dei dati trattati, localizzazione dei dati e dei trattamenti, periodo di conservazione dei dati

In relazione alle finalità descritte, l'utilizzo dei dati personali è limitato ai soli dati necessari alla conclusione e gestione dei trattamenti previsti con la presente informativa.

I trattamenti avvengono mediante elaborazioni manuali e strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo logiche di elaborazione e conservazione strettamente correlate alle finalità stesse o dettate da leggi e disposizioni delle Autorità e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali contro i rischi di accesso e divulgazione impropri nonché la loro distruzione al cessare della finalità, fatti salvi eventuali obblighi di conservazione derivanti da indicazioni normative o delle Autorità. I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato, in relazione ai predetti trattamenti, può esercitare i diritti di accesso, revoca, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità, opposizione con riferimento alla vigente normativa in materia di privacy. Per l'esercizio dei diritti sopracitati l'interessato potrà rivolgersi, mediante raccomandata AR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MI), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente.

Fascicolo Informativo Filo diretto Easy Mod. SM 0115 (ed. 2018-06) Ultimo aggiornamento 01/06/2018



Sede Legale:

Via Lanzo, 29 - 10071 Borgaro Torinese (TO)

Direzione Generale:

Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza (MB)

T + 39 039.9890001

F + 39 039 9890694

info@nobis.it

www.nobis.it

Il presente Fascicolo Informativo
è aggiornato alla data del 1 giugno 2018

IN CONFORMITA' AL REGOLAMENTO ISVAP N. 35 DEL 26 MAGGIO 2010 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI, L'IMPRESA RENDE AL CONTRAENTE LA SEGUENTE INFORMATIVA:

1. Documento riepilogativo sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Esercizio 2017

Bilancio approvato il 10/05/2018

Il patrimonio netto della **Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.** ammonta ad € 38.516.840 di cui capitale sociale € 34.013.382, riserva di sovrapprezzo € 100.382 e riserve patrimoniali € 4.103.076

Si precisa che gli indici di solvibilità, regime Solvency II, riferito alla gestione danni è pari a: 124,67% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su SCR (Requisito Patrimoniale di Solvibilità) e 262,98% che rappresenta il Ratio Fondi propri ammissibili su MCR (Requisito Patrimoniale Minimo).

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

2. Gestione dei rapporti assicurativi via web

Il contraente può richiedere le credenziali per l'accesso alla propria area riservata web selezionando nella home page del sito dell'Impresa www.nobis.it la voce "**Richiedi le tue credenziali**" e compilando i dati presenti nell'apposita pagina.

Accertata l'esattezza dei dati inseriti, l'Impresa invia una e-mail all'indirizzo registrato con la login ed una password provvisoria, che dovrà essere sostituita da parte dell'utente al primo nuovo accesso e ogni 6 mesi successivi.

L'accesso all'area riservata da diritto alla consultazione della propria posizione assicurativa relativamente a:

- a) Le coperture assicurative in essere
- b) Le condizioni contrattuali sottoscritte
- c) Lo stato dei pagamenti dei premi e le relative scadenze

In caso di difficoltà di accesso è possibile ottenere assistenza contattando 24 ore su 24 il Call Center dell'Impresa al numero +39.039.98.90.714.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente documento.

Il Rappresentante legale
Dr. Giorgio Introvigne



INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELLA SEZIONE 2 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione di dati personali, La informiamo che Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. (di seguito anche la "Compagnia") intende trattare dati personali che La riguardano, nell'ambito delle attività a Lei prestata dalla Compagnia.

1. Titolarità e contatti

Il Titolare dei trattamenti dei dati personali di cui alla presente informativa è Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. con sede legale in via Lanzo 29, 10071 Borgaro Torinese (TO). E' possibile contattare i responsabili dei trattamenti e il responsabile della protezione dati (DPO) presso la Direzione Risorse Umane, via Paracelso 14, 20864 Agrate Brianza (MB).

2. Trattamenti e finalità

I dati personali, con riferimento anche a dati di natura particolare (c.d. sensibili) definiti tali ai sensi della normativa vigente, forniti o acquisiti, saranno utilizzati per:

- finalità correlate a trattamenti legati all'emissione e gestione di contratti assicurativi stipulati con la Compagnia, alla gestione di obblighi attinenti pratiche di risarcimento danni, all'adempimento di specifiche richieste dell'interessato. Il conferimento dei dati personali è necessario al perseguimento di tali finalità essendo strettamente funzionali all'esecuzione dei citati trattamenti. Il rifiuto dell'Interessato può comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta;
- finalità correlate a obblighi imposti da leggi, regolamenti e disposizioni delle Autorità, normativa comunitaria. Il conferimento, da parte dell'Interessato o di terzi, dei dati personali necessari al perseguimento di tali finalità è obbligatorio. Un eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce;
- finalità correlate ad attività di post vendita rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di avere riscontri utili per il miglioramento delle attività oggetto di trattamento ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso;
- finalità correlate ad attività commerciali di promozione di servizi e prodotti assicurativi offerti dalla Compagnia e dal Gruppo Nobis quali invio di materiale pubblicitario e di comunicazioni commerciali mediante il ricorso a comunicazione tradizionali (quali ad esempio posta cartacea e chiamate con l'intervento dell'operatore), automatizzate (quali ad esempio chiamate senza l'intervento dell'operatore, email, telefax, mms, sms ecc.), nonché mediante l'inserimento dei messaggi pubblicitari e promozionali nell'area del sito web della Compagnia riservata ai propri clienti, prevista ai sensi dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass 35/2010 e s.m.i. Un eventuale rifiuto comporterebbe l'impossibilità per la Compagnia di promuovere e fornire informazioni utili all'Interessato ma non avrebbe conseguenze sull'esecuzione delle pratiche in corso.

3. Profilazione

Le attività di profilazione, definite tali ai sensi dell'art.4 del reg. UE 2017/679 svolte sono unicamente asservite alla esecuzione dei trattamenti attinenti le pratiche assicurative di cui al punto (a) del paragrafo 2 nonchè rivolte a valutare il grado di soddisfazione degli utenti o danneggiati e per analisi e ricerche di mercato sui servizi offerti di cui al punto (c) e all'esecuzione di attività di contatto per promuovere offerte di prodotti della Compagnia di cui al punto (d) del paragrafo 2.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Non è prevista alcuna forma di diffusione dei dati raccolti. I dati personali trattati per le finalità di cui sopra potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti:

- soggetti interni della Compagnia incaricati dei trattamenti sopraindicati;
- soggetti esterni di supporto ai trattamenti quali medici e organismi sanitari, periti, officine e autocarrozzerie, soggetti facenti parte della rete distributiva della Compagnia;
- altre funzioni aziendali o soggetti esterni di natura accessoria o strumentale, quali società consortili proprie del settore assicurativo, banche e società finanziarie, riassicuratori, coassicuratori, società incaricate della consegna di corrispondenza, soggetti addetti alle attività di consulenza ed assistenza fiscale, finanziaria, legale, informatica, conservazione dati, revisione contabile e certificazione del bilancio;
- soggetti preposti da provvedimenti delle Autorità di vigilanza alla raccolta dati polizze per finalità statistiche, antifrode, antiriciclaggio, antiterrorismo.
- società controllanti e/o collegate alla Compagnia;
- Autorità pubbliche di controllo, vigilanza e di pubblica sicurezza.

5. Tipologia dei dati trattati, localizzazione dei dati e dei trattamenti, periodo di conservazione dei dati

In relazione alle finalità descritte, l'utilizzo dei dati personali è limitato ai soli dati necessari alla conclusione e gestione dei trattamenti previsti con la presente informativa.

I trattamenti avvengono mediante elaborazioni manuali e strumenti elettronici o comunque automatizzati, secondo logiche di elaborazione e conservazione strettamente correlate alle finalità stesse o dettate da leggi e disposizioni delle Autorità e, comunque, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza dei dati personali contro i rischi di accesso e divulgazione impropri nonché la loro distruzione al cessare della finalità, fatti salvi eventuali obblighi di conservazione derivanti da indicazioni normative o delle Autorità.



I trattamenti e la conservazione dei dati saranno svolti in Italia. Su richiesta esplicita dell'interessato i dati personali trattati potrebbero essere trasmessi a soggetti esteri coinvolti nella trattazione delle pratiche, fatto salvo impedimenti dettati da normativa stringente, manifesta carenza del soggetto ricevente su misure di sicurezza atte a tutelare la riservatezza dell'informazione trasmessa, indicazioni delle Autorità.

6. Diritti dell'interessato

L'interessato, in relazione ai predetti trattamenti, può esercitare i diritti di accesso, revoca, rettifica, cancellazione (oblio), limitazione, portabilità, opposizione con riferimento alla vigente normativa in materia di privacy. Per l'esercizio dei diritti sopracitati l'interessato potrà rivolgersi, mediante raccomandata AR indirizzata alla sede operativa di Agrate Brianza (MB), presso la Direzione Risorse Umane, o mediante e-mail agli indirizzi info@nobis.it oppure nobisassicurazioni@pec.it.

L'interessato ha altresì il diritto di proporre reclamo direttamente all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, nei termini previsti dalla normativa vigente.

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. è registrata in Italia ed autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto del Ministro dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 20 ottobre 1993 (Gazzetta Ufficiale del 03 novembre 1993 n. 258). È iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete, relative al prodotto, sono fornite nel seguente documento:

➤ Set informativo

Che tipo di assicurazione è?

La Polizza 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 prima e durante i viaggi quali le spese per il pagamento di penali in caso di cancellazione del viaggio, il furto e lo smarrimento del bagaglio, le spese per cure mediche e le spese per il rientro/trasporto sanitario. Il tutto completato da prestazioni di Assistenza alla persona e al veicolo, garanzie di Responsabilità Civile e Tutela legale, Interruzione Viaggio, Infortuni di superficie e di volo, Riprotezione Viaggio e Ritardo Volo. Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente.



Che cosa è assicurato?

✓ Spese mediche

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, non procrastinabili e imprevedibili, manifestatesi durante il periodo di validità della garanzia. Nei limiti indicati in polizza la garanzia comprende le spese di ricovero in istituto di cura, le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici in conseguenza di malattia o infortunio, le spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, le spese mediche sostenute a bordo di una nave, le spese per cure dentarie urgenti, le spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco solo a seguito di infortunio e le spese di trasporto dal luogo del sinistro fino all'istituto di cura più vicino.

✓ Assistenza alla persona e al veicolo

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 un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. L'aiuto potrà consistere in prestazioni in denaro od in natura.

✓ Bagaglio

L'Impresa garantisce entro i massimali indicati nella scheda di polizza il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie, e mancata riconsegna da parte del vettore.

✓ Annullamento Viaggio

L'Impresa indennizzerà, nei limiti indicati in polizza, l'Assicurato ed un solo compagno di viaggio purché assicurato ed iscritto allo stesso viaggio, il corrispettivo di recesso derivante dall'annullamento dei servizi turistici, determinato ai sensi delle Condizioni Generali di contratto, che sia conseguenza di circostanze imprevedibili al momento della prenotazione del viaggio o dei servizi turistici. La garanzia comprende anche la Riprotezione viaggio per gli eventuali maggiori costi sostenuti per acquistare nuovi titoli di viaggio (biglietteria aerea, marittima o ferroviaria), in sostituzione di quelli non utilizzabili per ritardato arrivo dell'Assicurato sul luogo di partenza determinato da una delle cause o eventi imprevedibili indicati in polizza. È inoltre compresa la garanzia Interruzione Viaggio che prevede il rimborso nei limiti indicati in polizza all'Assicurato ai suoi famigliari e ad un compagno di viaggio purché assicurati ed iscritti allo stesso viaggio, di un importo pari al costo in pro - rata del soggiorno non usufruito dall'Assicurato a causa del verificarsi di uno dei seguenti eventi: Utilizzo delle prestazioni "Trasporto Sanitario Organizzato", "Trasporto della salma" e "Rientro Anticipato" che determini il rientro alla residenza dell'Assicurato, Decesso o ricovero ospedaliero superiore a 5 giorni di un familiare dell'Assicurato, Decesso o ricovero ospedaliero superiore alle 24 ore dell'Assicurato.

✓ Infortuni

L'Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati indicati nella scheda di polizza qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatate dell'infortunio e che entro un anno provochino morte o invalidità permanente.

✓ Tutela legale

L'Impresa assume a proprio carico, nei limiti del massimale e delle condizioni previste nella polizza, l'onere dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale a seguito di un sinistro rientrante nella copertura assicurativa.

✓ Responsabilità Civile

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

✓ Ritardo Volo e perdita del volo in connessione

L'Impresa rimborserà all'Assicurato entro il massimale indicato nella scheda di polizza, le spese di acquisto di un biglietto in classe economica di ritorno al luogo di partenza del suo viaggio, oppure le spese per l'acquisto di un nuovo biglietto in classe economica che gli permetta di raggiungere la destinazione finale del viaggio, nel caso di perdita della connessione con il volo successivo al primo previsto dal biglietto, per una delle seguenti cause indicate in polizza.



Che cosa non è assicurato?

- * Per i viaggi superiori a tre mesi consecutivi, il contratto prevede un limite massimo di età assicurabile a norma del quale risulteranno assicurabili per le garanzie Assistenza, Infortuni e Spese Mediche le sole persone che al momento della stipulazione della polizza non abbiano ancora compiuto i 70 anni di età.
- * non sono assicurate 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
- * Relativamente alla garanzia Assistenza al veicolo non sono assicurati i veicoli immatricolati per la prima volta da oltre 8 anni.
- * Non sono assicurabili i viaggi effettuati in Antartide e nell'Oceano Antartico.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! stato di guerra, rivoluzione, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, vandalismo, scioperi, terremoti, inondazioni, alluvioni ed altri fenomeni atmosferici dichiarati calamità naturali nonché fenomeni verificatisi in connessione con trasformazione od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente;
 - ! dolo o colpa grave 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;
 - ! viaggio verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
 - ! inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
 - ! fallimento del Vettore o di qualsiasi fornitore;
 - ! errori od omissioni in fase di prenotazione o impossibilità di ottenere il visto o il passaporto;
 - ! malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche, già note all'Assicurato alla sottoscrizione della polizza. Sono comprese le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti, fermi i limiti meglio definiti nel Glossario di polizza alla voce "Malattia preesistente". Sono anche comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche che si verificano dopo la prenotazione dei servizi turistici o del viaggio;
 - ! suicidio o tentativo di suicidio, 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, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti psicotici e/o nevrotici, epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), quarantene, 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, sci alpinismo bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite-surfing, hydrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m.;
 - ! 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; gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche comprese moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti;
 - ! le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali; parto (anticipato, prematuro o meno) svoltosi nel corso del viaggio;
 - ! svolgimento di attività che implicano l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco; eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza. Per i viaggi di vacanza o di Studio sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.
- Non è consentita la stipulazione di più polizze Filo diretto Easy a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti. La polizza deve essere emessa per la destinazione che comprende tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre. La polizza non può in alcun modo essere emessa per prolungare un rischio (i.e. il viaggio) già in corso e resta espressamente inteso come il contratto di assicurazione dovrà essere emesso obbligatoriamente prima dell'inizio del viaggio. Le garanzie non sono fornite in Antartide e nell'Oceano Antartico e nei paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.



Dove vale la copertura?



✓ L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio come indicato in polizza 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 Annullamento opera esclusivamente in relazione ai rischi posti sul territorio nazionale.



Che obblighi ho?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente/Assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni non reticenti, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, tutti i cambiamenti che comportano una modifica del rischio. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione delle modifiche del rischio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita, parziale o totale, del diritto dell'Indennizzo.

Il Contraente ha altresì l'obbligo di pagare il premio al fine di determinare l'operatività della copertura assicurativa.

Il Contraente, in caso di sinistro, deve mettere a disposizione dell'Impresa tutta la documentazione necessaria alla verifica del caso.



Quando e come devo pagare?

Il contratto si intende perfezionato con il pagamento del premio che è determinato in base ai dati indicati sulla scheda di polizza con riferimento alla destinazione, al prezzo del viaggio, alla durata del viaggio, ai massimali scelti e al numero degli Assicurati. Resta fermo il disposto dell'art. 1901 c.c.

Il pagamento potrà avvenire per tramite dell'Intermediario oppure direttamente all'Impresa.

Il premio è già comprensivo di imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La durata della polizza è quella scelta dal Contraente ed indicata nella scheda di polizza.

Il contratto cesserà alla data indicata nella scheda di polizza con espressa esclusione di qualsivoglia tacito rinnovo.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto di assicurazione si risolve automaticamente alla sua scadenza naturale e non può essere tacitamente rinnovato.

Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro.