NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA NR. 6001004451/N

filodiretto tour

per

Esse Vacation

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 l'Impresa indica al Contraente il numero dei nominativi comunicati e inclusi in assicurazione nonché l'ammontare del relativo premio dovuto ad integrazione del premio minimo;
Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ovvero ogni persona iscritta al viaggio organizzato dal contraente e regolarmente comunicata all'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 radiotelevisivi 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;
Dati Variabili: si intendono gli elementi di rischio variabili finalizzati alla regolazione del premio e del relativo conguaglio, ovvero il numero di assicurati e/o dei beni assicurati per i quali è prestata la copertura assicurativa che dovranno essere comunicati dal Contraente secondo le modalità previste nel Contratto;
Domicilio: il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'assicurato;
Durata contratto: il periodo di validità del contratto scelto dall'assicurato;
Europa: tutti i Paesi d'Europa e del bacino del Mediterraneo con esclusione della Federazione Russa;
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.
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: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.;
Incendio: la autocombustione con sviluppo di fiamma;
Incidente: l'evento, subito dal veicolo, dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, così come definita dalla Legge, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali;
Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza;
Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte o un'invalidità permanente oppure un'inabilità temporanea totale o parziale.
Intervento chirurgico: atto medico praticato in sala operatoria di un istituto di cura o di un ambulatorio all'occorrenza attrezzato, perseguibile attraverso una azione cruenta sui tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni;
Invalidità Permanente: la perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di infortunio o malattia della capacità a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta;
Istituto di cura: l'ospedale, la casa di cura, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15.03.2010 n. 38;
Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino;
Malattia: ogni alterazione dello stato dì salute non dipendente da infortunio;
Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.
Massimale: somma fino a concorrenza della quale la Impresa risponde per ogni sinistro nell'assicurazione;
Medicinali: sono considerati tali quelli che risultano descritti sull'Annuario Italiano dei Medicamenti. Quindi non sono tali i prodotti parafarmaceutici, omeopatici, cosmetici, dietetici, galenici, ecc., anche se prescritti da un medico;
Mondo: tutti i Paesi del mondo;
Nucleo Famigliare: Il coniuge more uxorio/convivente ed i figli conviventi con l'Assicurato.
Polizza: il documento che prova l'assicurazione;
Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa;
Premio definitivo: l'ammontare del premio di polizza dovuto dal Contraente all'Impresa in base al numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, moltiplicando il tasso lordo annuo indicato in polizza al reale fatturato realizzato dal Contraente nel periodo di durata della polizza;
Premio minimo: l'ammontare del Premio di polizza dovuto in ogni caso dal Contraente alla Impresa, a prescindere dal numero dei nominativi in concreto comunicati o in caso di polizza al tasso, dall'entità reale del fatturato nel periodo di durata della polizza;
Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona;
Residenza: il luogo in cui la persona fisica/giuridica ha la sua dimora abituale/sede come risulta dal certificato anagrafico;
Ricovero: la degenza, comportante pernottamento, in istituto di Cura – pubblico o privato – regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera;
Rischio: probabilità che si 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 nonché 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).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE FILODIRETTO TOUR
Condizioni di Assicurazione FILODIRETTO TOUR Mod. 6001 (ed. 2017-003) Ultimo aggiornamento 01/03/2017

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

ART. 1.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Nel limite dei massimali per Assicurato pari ad € 1.000,00 in Italia, ad € 3.000,00 in Europa e ad € 5.000,00 nel Mondo, 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

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

ART. 2.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Impresa si obbliga entro i limiti convenuti in polizza, a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, mediante l'utilizzazione di personale ed attrezzature della Centrale Operativa, la prestazione assicurata nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di 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, 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. 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, l'Impresa tramite la Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato, nelle ore notturne (dalle ore 20 alle ore 8) e 24 ore su 24 al sabato e nei giorni festivi, il proprio servizio di guardia medica che garantisce la disponibilità di medici generici pronti ad intervenire nel momento della richiesta. Chiamando la Centrale Operativa e a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, l'Impresa invierà il medico richiesto gratuitamente. In caso di non reperibilità immediata di un medico e qualora le circostanze lo rendessero necessario, l'Impresa organizza a proprio carico il trasferimento, tramite autoambulanza, del paziente in un pronto soccorso.

ART. 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 – 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.

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

ART. 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 l'Impresa prenderà in carico il viaggio A/R (aereo classe turistica o treno 1° classe) e le spese di pernottamento fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno e per un massimo di 10 giorni per un familiare. 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 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. 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 l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento fino a un massimo di 10 giorni e comunque entro il limite di € 100,00 al giorno.

ART. 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'inoltro 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 l'Impresa se ne assumerà il costo fino a € 1.000,00.

ART. 2.15- ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ
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 l'Impresa prenderà in carico il costo del biglietto per il rientro anticipato (aereo classe turistica o treno 1° classe) dell'Assicurato, presso la sua residenza, a seguito di avvenuto decesso o di imminente pericolo di vita nel Paese di residenza esclusivamente di uno dei seguenti familiari: coniuge, figlio/a, fratello/sorella genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni , zii e nipoti fino al 3° grado di parentela, cognati.
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 a condizione che le ricerche siano effettuate da un organismo ufficiale.

ART. 2.20- ANTICIPO CAUZIONE PENALE ALL'ESTERO
L'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 all'Impresa. Nel caso in cui la cauzione penale venga rimborsata dalle Autorità locali, la stessa dovrà essere restituita immediatamente all'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 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.
Sono altresì escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.

ART. 2.22- 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. 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.

SEZIONE 3 – BAGAGLIO

ART. 3.1- OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L' Impresa garantisce entro i massimali pari ad € 500.00 in Italia, ad € 1.000,00 in Europa e ad € 1.000,00 nel Mondo:
• il bagaglio dell'Assicurato contro i rischi di incendio, furto, scippo, rapina nonché smarrimento ed avarie, e mancata riconsegna da parte del vettore.
• entro i predetti massimali, ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese per rifacimento/duplicazione del passaporto, della carta d'identità e della patente di guida di autoveicoli e/o patente nautica in conseguenza degli eventi sopradescritti;
• entro i predetti massimali ma comunque con il limite di € 300,00 a persona, il rimborso delle spese documentate per l'acquisto di indumenti di prima necessità e generi di uso personale sostenute dall'Assicurato a seguito di furto totale del bagaglio o di consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso.

ART. 3.2 – ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA BAGAGLIO
Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia i danni derivanti da:
a) dolo, colpa, incuria, negligenza dell'Assicurato, nonché dimenticanza;
b) insufficiente o inadeguato imballaggio, normale usura, difetti di fabbricazione ed eventi atmosferici;
c) le rotture e danni al bagaglio a meno che non siano conseguenza di furto, rapina, scippo o siano causati dal vettore;
d) furto del bagaglio contenuto all'interno del veicolo che non risulta chiuso regolarmente a chiave nonché il furto del bagaglio posto a bordo di motoveicoli oppure posto su portapacchi esterni. Si esclude inoltre il furto dalle ore 20 alle ore 7 se il bagaglio non è posto a bordo di veicolo chiuso a chiave in parcheggio custodito;
e) denaro, carte di credito, assegni, titoli e collezioni, campionari, documenti, biglietti aerei e ogni altro documento di viaggio;
f) i gioielli, pietre preziose, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso lasciati incustoditi.
g) i beni acquistati durante il viaggio senza regolari giustificativi di spesa (fattura, scontrino, ecc.).
h) i beni che, diversi da capi di abbigliamento e dalle valige, borse e zaini siano stati consegnati ad impresa di trasporto, incluso il vettore aereo.
Ferme le somme assicurate ed il massimo rimborsabile di € 300,00 per singolo oggetto, il rimborso è limitato al 50% per gioielli, pietre preziose, orologi, pellicce ed ogni altro oggetto prezioso, apparecchiature fotocineottiche, apparecchi radio-televisivi ed apparecchiature elettroniche. I corredi fotocineottici (obbiettivi, filtri, lampeggiatori, batterie ecc.) sono considerati quali unico oggetto.

ART. 3.3- CRITERI DI RISARCIMENTO
Il rimborso avverrà al valore a nuovo per i beni comprovatamente (fattura o ricevuta fiscale) acquistati nuovi nei tre mesi precedenti al danno, diversamente il rimborso terrà conto del degrado e stato d'uso.
Per i beni acquistati nel corso del viaggio l'eventuale risarcimento verrà corrisposto solo se l'Assicurato sarà in grado di presentare regolare giustificativo di spesa.

ART. 3.4- OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alla competente Autorità facendosi rilasciare l'originale. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo, la denuncia va effettuata all'apposito ufficio aeroportuale (P.I.R. - PROPERTY IRREGULARITY REPORT). L'assicurato è altresì tenuto a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore aereo ed a produrre alla Impresa l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. L'Impresa provvederà a rimborsare l'Assicurato, solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta necessaria alla valutazione del sinistro.

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 della polizza. Sono invece comprese le riacutizzazioni imprevedibili di patologie croniche, alla prenotazione dei servizi turistici o del viaggio;
• patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana;
• interruzione volontaria di gravidanza, espianto e/o trapianto di organi;
• uso non terapeutico di farmaci o sostanze stupefacenti, tossicodipendenze da alcool e droghe, a, patologie HIV correlate, AIDS, disturbi mentali e sindromi organiche cerebrali;
• pratica di sport quali: alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite–surfing, hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, sport aerei in genere, pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante; si ritiene compreso l'esercizio delle seguenti attività sportive se svolte unicamente a carattere ricreativo: immersioni con autorespiratore, sci fuori pista autorizzati dalle competenti autorità, bob, discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), kite–surfing;
• atti di temerarietà;
• attività sportive svolte a titolo professionale; partecipazione a gare o competizioni sportive, compresi prove ed allenamenti svolte sotto l'egida di federazioni. A deroga della presente esclusione si intendono assicurate le gare sportive svolte a livello ludico e o ricreativo;
• gare automobilistiche motociclistiche, motonautiche compresc moto d'acqua, di guidoslitte e relative prove ed allenamenti; se non di carattere ludico o in alternativa svolte sotto l'egida delle federazioni;
• le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;
• svolgimento di attività che implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco.
Le prestazioni di assistenza non sono fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, tra i quali si considerano tali i Paesi indicati nel sito: http://watch.exclusive-analysis.com/jccwatchlist.html, che riportano un grado di rischio uguale o superiore a "4.0". Si considerano inoltre in stato di belligeranza dichiarata o di fatto i Paesi della cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

ART. 2- ESCLUSIONE DI COMPENSAZIONI ALTERNATIVE
Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più prestazioni, l'Impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.

ART. 3- VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE
Le garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi, comunque al 60esimo giorno dalla data inizio viaggio.
Resta espressamente inteso come, nel caso in cui l'Assicurato venga incluso nelle coperture offerte dal presente contratto nello stesso giorno in cui è prevista la partenza del viaggio, le garanzie previste opereranno unicamente a partire dalle ore 24.00 del giorno stesso.

ART. 4- OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO
In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso telefonico e scritto alla Impresa secondo le modalità previste alle singole garanzie. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 5- ESTENSIONE TERRITORIALE
L'assicurazione ha validità nel Paese o nel gruppo di Paesi dove si effettua il viaggio e dove l'Assicurato ha subìto 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.

ART. 6- CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI
Il pagamento di quanto contrattualmente dovuto, viene effettuato, previa presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato 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 notule, 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. 7- CONTROVERSIE
La quantificazione del danno sarà effettuata dalla Impresa mediante accordo diretto fra le Parti o, in mancanza, stabilito da due Periti nominati uno per parte. In caso di disaccordo essi ne eleggeranno un Terzo. Se una delle due Parti non provvede a nominare il proprio Perito o manca l'accordo sulla scelta del terzo, la nomina sarà fatta dal Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione si trova la sede legale 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.

ART. 8 – LEGGE- GIURISDIZIONE
Le Parti convengono che il presente contratto sarà regolato dalla Legge Italiana. Le Parti convengono altresì che qualunque controversia nascente dal presente contratto sarà soggetta alla giurisdizione italiana.

ART. 9 - INTEGRAZIONE DOCUMENTAZIONE DI DENUNCIA DEL SINISTRO
L'Assicurato prende atto e concede espressamente a Nobis Compagnia di 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 comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

ART. 10- OBBLIGHI DEL CONTRAENTE
Il Contraente si impegna:
• ad assicurare con la presente polizza tutti i clienti che acquistano un viaggio di propria organizzazione;
• a consegnare, a tutti gli Assicurati, in formato cartaceo e prima della sottoscrizione del contratto le Condizioni di Assicurazione relative alla presente polizza ed il relativo glossario;
• a pubblicare nei cataloghi la sintesi delle garanzie assicurative previste dalla presente polizza.

ART. 11 – CLAUSOLA DI CUMULO
Resta convenuto che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare l'importo di € 300.000,00 per evento. Qualora gli importi da liquidare a termini contrattuali eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 12 – MANCATO PAGAMENTO – ANCHE PARZIALE – DEL PREMIO
Laddove il Contraente non corrisponda il premio dovuto alla firma del contratto o due o più rate di premio successive nei termini convenuti o non corrisponda la parte di premio variabile a conguaglio nelle modalità e nei termini previsti o non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, l'Impresa avrà il diritto di dichiarare con lettera raccomandata AR la sospensione degli effetti della copertura assicurativa, (con l'eccezione delle prestazioni indicate nella garanzia "Assistenza alla persona", ove prevista) a far data dalla ricezione della comunicazione medesima, mettendo in mora il Contraente e, a persistere di tale inadempimento nel termine di 15 giorni dalla ricezione della suddetta comunicazione, dichiarare nei medesimi termini la risoluzione del contratto, configurando tale condotta del Contraente un grave inadempimento agli obblighi assunti ai sensi dell'art. 1455 e segg. del c.c., fatto salvo ogni altro diritto anche volto al risarcimento del danno subito. La sospensione e/o la risoluzione degli effetti del presente Contratto ha efficacia e valore oltreché per il Contraente anche per l'Assicurato e quest'ultimo sarà debitamente informato dal Contraente di tale circostanza, manlevando il Contraente l'Impresa da ogni e qualsivoglia pregiudizio le dovesse derivare dalla mancata osservanza di tale obbligo.
In caso di mancata comunicazione dei Dati Variabili di regolazione o di mancato pagamento del premio di conguaglio nei termini convenuti, ferma restando la sospensione della garanzia, resta espressamente convenuto che gli eventuali sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione non saranno indennizzati e/o liquidati dall'Impresa al Contraente e/o all'Assicurato.
Parimenti – ove al concretizzarsi di uno degli eventi previsti nel presente articolo non segua un'immediata ed integrale definizione della posizione debitoria del Contraente – l'Impresa si riserva successivamente la facoltà di liquidare i sinistri in proporzione agli incassi effettivamente registrati.

ART. 13 – EFFETTI NEI CONFRONTI DELL'ASSICURATO
Il Contraente si impegna a rendere edotto l'assicurato, al momento dell'adesione alla polizza, che la garanzia assicurativa di cui al presente Contratto verrà sospesa dall'Impresa, oltre alle ipotesi previste dalla vigente normativa codicistica, al ricorrere delle ipotesi di cui all'art. 12, ovverosia ad esempio nel caso in cui il Contraente non effettui alcuna comunicazione in ordine ai Dati Variabili e/o la effettui in misura qualitativamente e quantitativamente incompleta o con ritardo rispetto ai termini contrattualmente previsti, potendo l'Impresa al persistere di tale inadempimento, dichiarare la risoluzione del contratto. E ciò anche nelle ipotesi di mancato pagamento del premio e/o delle rate di premio successive alle previste scadenze mensili ovvero delle somme dovute a conguaglio da parte del Contraente e comunque in tutti i casi in cui la Contraente si renda inadempiente rispetto agli obblighi di cui al presente contratto. Il Contraente si impegna altresì a rendere edotto l'Assicurato di quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo che precede ed a manlevare l'Impresa da ogni e qualsivoglia richiesta e/o doglianza che dovesse pervenire dall'Assicurato.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

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

800.894.123

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 **6001004451/N**
• 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.nobis.it sezione "Denuncia Online") seguendo le relative istruzioni.
• via telefono al numero 039/9890712
La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di 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.

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

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 039/6890432
reclami@nobis.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

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

Fascicolo Informativo FILODIRETTO TOUR Mod. 6001 (ed. 201703) Ultimo aggiornamento 01/03/2017