



**amavet** *Mutua*  
Soluzioni senza confini.

## La Copertura Assicurativa

Polizza Business : N. 1206002074/E  
Contraente: Amavet Mutua  
Persone assicurate: I Soci Amavet

Compagnia: Filo diretto Assicurazioni S.p.A.  
Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza MB  
Centrale operativa:  
Tel. 800.824080 dall'Italia - Tel. 039.6899965 dall'estero

# Filo diretto

**ASSICURAZIONI**

Una società del Gruppo Filo diretto

*Estratto:*

### DEFINIZIONI

**Assicurato** Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

**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.

**Bagaglio** I capi di abbigliamento, gli articoli sportivi e gli articoli per l'igiene personale, il materiale fotocineottico e la valigia, la borsa, lo zaino che li possono contenere e che l'Assicurato porta con sé in viaggio.

**Centrale Operativa** La struttura della Società in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza, previste in polizza, richieste dall'Assicurato.

**Contraente** La persona fisica o giuridica che stipula l'assicurazione.

**Day hospital** La degenza senza pernottamento presso un istituto di cura.

**Domicilio** Il luogo d'abitazione, anche temporanea, dell'Assicurato.

**Europa** L'Italia e tutti i Paesi dell'Europa occidentale e orientale, Algeria, Cipro, l'Egitto e le isole Canarie, Israele, il Libano, la Libia, il Marocco, la Siria, la Tunisia e la Turchia.

**Franchigia** La parte del danno indennizzabile che rimane sempre a carico dell'Assicurato.

**Infortunio** L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente oppure un'inabilità temporanea.

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

**Italia** Il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

**Malattia** Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

**Malattia preesistente** Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza o comunque preesistenti al viaggio dell'Assicurato.

**Massimale** Somma fino a concorrenza della quale la Società risponde per ogni sinistro nell'assicurazione.

**Mondo** L'Italia, l'Europa e tutti i Paesi non menzionati nella definizione Europa.

**Polizza** Il documento che prova l'assicurazione.

**Premio** La somma di denaro dovuta dal Contraente alla Società.

**Residenza** Il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale.

**Ricovero** Degenza in Istituto di cura che comporti il pernottamento.

**Rischio** Probabilità che si avveri l'evento dannoso contro cui è prestata l'assicurazione.

**Scoperto** La parte dell'ammontare del danno che, per ogni sinistro, resta a carico dell'Assicurato.

**Sinistro** Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione, che determina la richiesta d'assistenza, di rimborso o d'indennizzo da parte dell'Assicurato.

**Società** Filo diretto Assicurazioni S.p.A.

**Viaggio** Lo spostamento dell'Assicurato ad almeno 250 km di distanza per viaggio, soggiorno, missione, trasferta lavorativa e non, dal suo comune di residenza, o dalla sede del Contraente, per il luogo di destinazione dichiarato fino al rientro al luogo di partenza. E' escluso dalle garanzie Assistenza, Spese mediche, Bagaglio e Infortuni il viaggio normale ed abituale dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa o per distanze inferiori come destinazioni a 250 km dal Comune di residenza o dalla sede Contrattuale di lavoro.



## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Art.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

### Art.2 Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art.1910 del Codice Civile.

### Art.3 Estensione territoriale

Le garanzie, sono operanti per danni che si verifichino in qualsiasi parte del mondo.

### Art.4 Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Per i casi in cui la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione questo si intende stabilito nella durata di un anno.

### Art.5 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

### Art.6 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art.1898 del Codice Civile.

### Art.7 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato, ai sensi dell'Art.1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

### Art.8 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione i seguenti eventi o le conseguenze derivanti direttamente o indirettamente da:

- atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, altri fenomeni naturali con caratteristiche di calamità naturali;
- sviluppo in ogni modo insorto, controllato o no, d'energia nucleare o di radioattività;
- infortuni e malattie conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o sostanze stupefacenti;
- 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 o comunque preesistenti al viaggio dell'Assicurato, ad eccezione della prestazione trasporto della salma;
- visite di controllo eseguite dopo il rientro al domicilio, per situazioni conseguenti a infortuni o malattie iniziate in viaggio;

i) patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 24ma settimana e dal puerperio;

j) le spese per l'interruzione volontaria di gravidanza;

k) espianto e/o trapianto di organi;

l) alcolismo, tossicodipendenza, HIV o AIDS, malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici;

m) prove, allenamenti, gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche comprese moto d'acqua, guida di guidoslitte, alpinismo, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, sci fuori pista, bob, canoa fluviale oltre il terzo grado, alpinismo con scalate superiori al terzo grado, arrampicata libera (free climbing), discesa di rapide di corsi d'acqua (rafting), hidrospeed, salti nel vuoto (bungee jumping), paracadutismo, deltaplano, pratica di sport aerei in genere, atti di temerarietà, attività sportive svolte a titolo professionale; pratica di sport quali pugilato, lotta, football americano, rugby, hockey su ghiaccio, immersione con autorespiratore, atletica pesante; partecipazione a gare o competizioni sportive salvo che si tratti di gare podistiche, di bocce, golf, pesca non subacquea, tiro, scherma tennis, nonché di gare o partite aziendali, interaziendali o aventi carattere ricreativo;

n) le malattie infettive qualora l'intervento d'assistenza sia impedito da norme sanitarie nazionali o internazionali;

o) le prestazioni di assistenza nei Paesi che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

### Art.9 Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, HIV, AIDS o da una delle seguenti infermità mentali (sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici e/o paranoici, forme maniaco-depressive), 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.

### Art.10 Titoli di viaggio

Nelle prestazioni in cui è prevista la messa a disposizione di un biglietto di viaggio, la Centrale Operativa fornirà all'Assicurato, un biglietto aereo di linea in classe economica, o di treno in prima classe o di traghetto. Il costo del biglietto è a carico della Società, salvo diversa indicazione, ed entro i massimali indicati.

### Art.11 Delimitazioni

Se l'Assicurato non usufruisce di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. Per qualsiasi richiesta di informazione l'Assicurato deve rivolgersi direttamente alla Centrale Operativa, restando inteso che il Contraente è esente da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine alle prestazioni dell'assicurazione. La Centrale Operativa non è responsabile per ritardi o impedimenti che possano insorgere durante l'esecuzione delle prestazioni di assistenza, in caso di interventi dell'Autorità locali che vietino l'intervento ovvero dovuti a cause di forza maggiore.

### Art.12 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

### Art.13 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana.

## SEZIONE I - ASSISTENZA

### Art.14 Oggetto dell'assicurazione

La Società si obbliga a garantire, secondo le modalità ed i limiti precisati, le prestazioni di seguito indicate:

#### 1. Medico on line 24 ore su 24

Il Servizio Medico della Centrale Operativa è a disposizione, 24 ore su 24, per rispondere ad ogni richiesta di consulenza medica e fornire ogni tipo d'informazione o suggerimento di carattere medico sanitario.

#### 2. Emergenza medica in Italia

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato in viaggio in Italia, 24 ore su 24, il proprio Servizio Medico che garantisce l'immediata disponibilità di medici pronti ad intervenire al momento della richiesta da parte dell'Assicurato. Dopo un primo consulto telefonico con il Servizio Medico, sarà inviato il medico presso l'Assicurato. Qualora le circostanze lo richiedano o in caso d'indisponibilità immediata di un medico convenzionato, la Centrale Operativa organizza il trasferimento, in autoambulanza, del paziente nel più vicino pronto soccorso. I costi dell'intervento sono a carico della Società.

La prestazione è operante in caso di infortunio e/o malattia accaduti all'Assicurato nel luogo di domicilio in Italia.

#### 3. Segnalazione di un medico specialista all'estero

Se a seguito di un consulto medico telefonico è necessario che l'Assicurato sia visitato da uno specialista, Centrale Operativa segnalerà un medico nella zona in cui l'Assicurato si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Sono a carico dell'Assicurato tutte le spese e l'onorario dello specialista.

#### 4. 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.

#### 5. Viaggio di un familiare

Se l'Assicurato è ricoverato a seguito di malattia o infortunio ed i medici ritengono che non possa essere dimesso o non sia trasferibile prima di 10 giorni in Italia ed Europa e 15 giorni nel Mondo, la Centrale Operativa organizza il viaggio andata e ritorno, in aereo o in treno, per un familiare convivente residente in Italia, per recarsi presso il paziente. La Società tiene a proprio carico il costo del biglietto. La prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### 6. Rientro sanitario (trasporto e rimpatrio)

La Centrale Operativa, in seguito ad infortunio e/o malattia non preesistente dell'Assicurato, dopo il consulto con i medici curanti, organizza il trasferimento dell'Assicurato in un istituto di cura specializzato, qualora il centro dove si trova ricoverato non sia attrezzato per le cure del caso o al domicilio/residenza in Italia, anche in caso di Assicurato di nazionalità estera.

In base alle condizioni cliniche dell'Assicurato, il Servizio Medico della Centrale Operativa sceglierà il mezzo di trasporto tra: aereo sanitario, aereo di linea in classe economica eventualmente barellato, treno in prima classe o in vagone letto, autoambulanza, ogni altro mezzo ritenuto valido. Se necessario, durante il trasporto, l'Assicurato sarà assistito da personale medico e/o paramedico. Il trasporto con aereo sanitario sarà effettuato da/per tutti i paesi europei e quelli del Bacino del Mediterraneo; per tutti gli altri paesi, il trasporto sarà effettuato esclusivamente con aereo di linea. Tutti i costi d'organizzazione e di trasporto dell'Assicurato, compresi gli onorari del personale medico e/o paramedico accompagnante, sono a carico della Società.

La prestazione non è dovuta qualora l'Assicurato, o i suoi familiari, giungano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura in cui il paziente è ricoverato. Inoltre non danno luogo al trasporto:

- le malattie e gli infortuni che, a giudizio del Servizio Medico della Centrale Operativa, possano essere curati sul posto o che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto violi le norme sanitarie nazionali o internazionali.

La Centrale Operativa provvede alla soluzione di tutti i problemi logistici e burocratici relativi al rientro ed organizza il ricovero nell'istituto di cura scelto dal proprio Servizio Medico in base ad esigenze di carattere medico e, nel limite del possibile, ai desideri dell'Assicurato o dei familiari. In ogni caso il trasporto deve avvenire previo accordo con il Servizio Medico della Centrale Operativa. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### 7. Rientro della salma

In caso di decesso dell'Assicurato durante il viaggio, la Centrale Operativa organizzerà il rientro della salma fino al luogo d'inumazione in Italia, espletando le necessarie formalità nel luogo del decesso. Il trasferimento è eseguito secondo le norme internazionali in materia; la Società tiene a carico i relativi costi escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'inumazione.

Se le disposizioni di legge del luogo impediscono il trasferimento della salma verso l'Italia, o l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia, un biglietto d'andata e ritorno per presenziare alle esequie. Il costo del biglietto è a carico della Società.



#### **8. Rientro del convalescente**

La Centrale Operativa organizza il rientro dell'Assicurato, con il mezzo più appropriato, al momento delle dimissioni dall'istituto di cura, qualora lo stesso non sia in grado di rientrare al domicilio con il mezzo inizialmente previsto. Le relative spese sono a carico della Società. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **9. Prolungamento del soggiorno**

Qualora lo stato di salute dell'Assicurato, a fronte di regolare certificato medico, non gli consenta di intraprendere alla data prestabilita il viaggio di rientro al domicilio, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il pernottamento in albergo. La Società terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione, fino ad un ammontare di € 100,00 al giorno per persona e per un massimo di 3 giorni. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **10. Rientro anticipato**

La Centrale Operativa organizza il rientro anticipato dell'Assicurato, in seguito a decesso o ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita, avvenuto in Italia, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente, figli, fratelli, sorelle, genitori, suoceri, generi, nuore. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **11. Invio di medicinali urgenti all'estero**

Qualora l'Assicurato all'estero necessiti di medicinali, registrati in Italia, indispensabili al proseguimento di una terapia in corso, non reperibili in loco né sostituibili con medicinali locali, considerati equivalenti dal Servizio Medico della Centrale Operativa, quest'ultima provvederà, nel limite del possibile e nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, al loro invio. Sono a carico della Società i costi di spedizione mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **12. Anticipo spese di prima necessità all'estero**

Qualora l'Assicurato debba sostenere spese imprevedute conseguenti a malattia, infortunio, furto, rapina, scippo, mancata consegna del bagaglio, la Centrale Operativa provvederà al pagamento in loco di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino ad un importo di € 1.000,00.

La prestazione sarà operante quando la Centrale Operativa avrà ricevuto adeguate garanzie ritenute idonee. Resta inteso che l'Assicurato dovrà restituire l'importo anticipato entro 90 giorni di calendario dalla data dell'anticipo stesso. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **13. Trasmissione messaggi urgenti**

Qualora l'Assicurato in stato di necessità sia impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a persone residenti in Italia, la Centrale Operativa provvederà all'inoltro di tali messaggi, senza responsabilità alcuna circa il contenuto dei messaggi trasmessi. L'Assicurato può usufruire del servizio fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.

#### **14. Disposizioni e limitazioni di responsabilità**

- a) Le prestazioni e le garanzie in viaggio/soggiorno sono operanti per un massimo di 60 giorni continuativi;
- b) tutte le prestazioni vengono fornite per un massimo di tre volte per anno assicurativo;
- c) la Società non potrà essere ritenuta responsabile dei ritardi od inadempimenti nell'esecuzione dei servizi convenuti dovuti a:
- d) causa di forza maggiore;
- e) disposizione delle autorità locali;
- f) Filo diretto assicurazioni non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;

#### **15. Rete sanitaria**

La banca dati della rete delle Strutture Sanitarie in rapporto di convenzione con la Centrale Operativa in tutta Italia, è a disposizione dell'assicurato 24 ore su 24, 365 giorni all'anno per ogni tipo di informazione sanitaria: singole Strutture convenzionate e loro ubicazione, prestazioni specialistiche, nominativo dei singoli medici, esami diagnostici, ricoveri, onorari e tariffe convenzionate.

#### **16. Gestione dell'appuntamento**

Qualora l'assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e, 24 ore su 24, richiedere alla Centrale Operativa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato e lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'assicurato, la Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento a nome dell'Assicurato. In virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa, l'assicurato usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

## SEZIONE II - RIMBORSO SPESE MEDICHE

### Art. 15 Oggetto dell'assicurazione

Qualora durante il viaggio/soggiorno (ad oltre 250 km dal Comune di residenza o dalla sede contrattuale di lavoro) l'Assicurato si trovasse in difficoltà, a seguito di malattia e/o infortunio, la Società, tramite la Centrale Operativa, provvede al pagamento sul posto o al rimborso all'assicurato, preventivamente autorizzato, delle spese mediche, farmaceutiche (se sostenute in seguito a prescrizione medica), ospedaliere e di trasporto dal luogo dell'evento al centro più vicino, fino alla concorrenza del capitale previsto per evento:

- per malattia € 1.500,00
- per infortunio € 1.500,00

Indipendentemente dal numero degli eventi accaduti nel corso del periodo assicurativo, la prestazione è operante fino alla concorrenza del capitale massimo per anno assicurativo di € 3.000,00

### Art.16 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato alla Società, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa. In seguito l'Assicurato dovrà inviare, entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, denuncia scritta a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Sinistri  
Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza MB

indicando:

- nome, cognome, indirizzo e telefono;
- numero di polizza o dati del Contraente;
- 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.

La Centrale Operativa si riserva la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata. La mancata produzione, sia dei documenti sopra elencati sia di quelli eventualmente richiesti, può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

### Art.17 Esclusioni

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali sono escluse:

- l'organizzazione diretta o comunque senza autorizzazione dalla Filo diretto assicurazioni di una delle prestazioni di assistenza previste. Per quanto inerente, esclusivamente le spese mediche, qualora l'Assicurato si trovasse nella comprovata impossibilità di contattare la centrale operativa, l'Impresa provvederà al rimborso delle spese sostenute, sempre che indennizzabili ai termini di polizza e debitamente comprovata da giustificativi di spesa, nella misura del 70%;
- le spese mediche di importo superiore a € 1.500,00, per cui l'Assicurato non abbia contattato la Centrale Operativa in modo che la stessa potesse procedere al pagamento diretto o all'autorizzazione a sostenere le spese;
- nel caso di pagamento diretto delle spese mediche da parte della Società e previa attivazione della Centrale Operativa, l'eventuale eccedenza al massimale previsto in polizza e le relative franchigie;
- le spese per prestazioni o cure fisioterapiche, infermieristiche, termali, dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio) e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite;
- le spese relative all'acquisto, manutenzione o riparazione di occhiali, lenti a contatto, protesi ed apparecchi terapeutici;
- le spese per l'interruzione volontaria di gravidanza;
- le prestazioni e terapie relative alla fecondità e/o sterilità e/o impotenza.

## SEZIONE III - ASSICURAZIONE BAGAGLIO

### Art. 18 Oggetto dell'assicurazione

La Società nel limite di € 500,00 per persona, per evento e per periodo assicurativo, provvederà il rimborso delle spese documentate per acquisti di prima necessità, sostenute dall'Assicurato a seguito di mancata o ritardata consegna da parte del vettore dopo più di 12 ore dall'arrivo a destinazione dell'Assicurato stesso con reclusione della località di rientro.



### **Art. 19 Denuncia del sinistro ed obblighi relativi**

Pena la perdita del diritto all'indennizzo, l'Assicurato ha l'obbligo di presentare denuncia alla competente Autorità facendosi rilasciare copia autentica. Per i danni avvenuti in occasione di trasporto aereo, la denuncia va effettuata all'apposito ufficio aeroportuale compilando il modello P.I.R. (PROPERTY IRREGULARITY REPORT). L'Assicurato è tenuto inoltre a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore aereo, ed a produrre alla Società l'originale della lettera di risposta del vettore stesso. La Società rimborserà l'Assicurato solo dopo la presentazione completa della documentazione richiesta, necessaria alla valutazione del sinistro.

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato alla Società, non appena questi ne abbia la possibilità, contattando telefonicamente la Centrale Operativa.

In seguito l'Assicurato dovrà inviare, entro e non oltre 30 giorni dal suo verificarsi, denuncia scritta a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.  
Ufficio Sinistri  
Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza MB

indicando:

- numero di polizza e nominativi degli Assicurati che hanno subito il danno;
- copia dei biglietti di viaggio o gli estremi del viaggio;
- le circostanze dell'accaduto;
- copia della lettera di reclamo presentata al vettore, eventualmente responsabile;

Solo in caso di mancata o ritardata consegna del bagaglio, occorre allegare alla richiesta di rimborso:

- copia del Rapporto Irregolarità Bagaglio (P.I.R.) effettuata immediatamente presso l'ufficio aeroportuale bagagli smarriti;
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e relativa risposta del vettore stesso. La Società si riserva la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quella indicata. La mancata produzione, sia dei documenti sopra elencati sia di quelli eventualmente richiesti, può comportare la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso.

## **SEZIONE IV – ASSICURAZIONE INFORTUNI**

### **Art.20 Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento dell'attività professionale di agente di viaggio e di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità e che abbiano come conseguenza, entro un anno dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la morte e/o l'invalidità permanente.

L'Impresa liquida all'assicurato o agli eredi legittimi e/o testamentari

- per il caso morte: il capitale assicurato è di € 15.000,00

- per il caso invalidità permanente: l'indennità calcolata sulla somma assicurato di € 15.000,00 in proporzione al grado di invalidità accertato sulla base delle percentuali previste dalla tabella ANIA.

L'indennità per il caso morte non è cumulabile con quelle per l'invalidità permanente.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

- a) subiti in stato di malore o incoscienza;
- b) derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- c) derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

### **Art.21 Esclusioni**

L'Impresa non corrisponde l'indennizzo per gli infortuni direttamente od indirettamente conseguenti:

- a) allo svolgimento di ogni attività professionale o lavoro retribuito, comunque e dovunque esplicito diverso da quello connesso all'attività di agente di viaggio;
- b) alla guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- c) all'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri);
- d) a operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non conseguenti ad infortunio;
- e) a tentativo di suicidio o suicidio;
- f) alla partecipazione, anche in qualità di passeggero, a competizioni sportive e relative prove con o senza l'utilizzo di veicoli a motore salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;
- g) ad atti di temerarietà e pratica di sport aerei e dell'aria in genere, speleologia, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci fuoripista, alpinismo, arrampicata libera (free climbing), discese di rapide di corsi d'acqua (rafting), salti nel vuoto (bungee jumping) nonché qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h) a ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti, uso di stupefacenti o allucinogeni

i) a guerra anche civile, che coinvolga l'Assicurato dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità o v'ero in quanto ne risulti sorpreso mentre si trovi in viaggio in un paese in pace alla sua partenza;

j) a esplosioni nucleari e contaminazioni radioattive, sconvolgimenti della natura.

#### **Art.22 Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni

#### **Art.23 Franchigia**

Non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

#### **Art.24 Prestazioni massime - clausola di cumulo**

Qualora nello stesso evento fossero coinvolti più Assicurati il limite di indennizzo non potrà superare il massimale per cento di € 75.000,00 corrispondente a n. 3 persone.

Qualora la somma dei massimali complessivamente assicurati eccedesse l'importo sopra indicato, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti.

### **SEZIONE V - INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO**

#### **Art.25 Oggetto dell'assicurazione**

L'impresa riconosce all'Assicurato, indipendentemente dal fatto che lo stesso abbia sostenuto delle spese, il pagamento di una indennità fino alla concorrenza di € 2.000,00 (duemila) per un anno assicurativo, per ciascun giorno di degenza presso una struttura sanitaria regolarmente autorizzata alla erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera a seguito di infortunio o malattia.

#### **Art.26 Esclusioni**

Oltre alle esclusioni di cui all'art. 9, sono esclusi dall'assicurazione:

- a) le intossicazioni conseguenti all'abuso di alcolici o all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- b) le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio),
- c) le cure dentarie e le paradontopatie non rese necessarie da infortunio;
- d) all'aborto volontario non terapeutico;
- e) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzioni di difetti o malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza.

#### **Art.27 Limiti di età**

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 85 anni.

#### **Art.28 Decorrenza della garanzia**

Per i soggetti inclusi dopo la data di effetto della polizza, la garanzia decorre

- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione, per gli infortuni;
- dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, per le malattie.
- dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità di altra polizza riguardante gli stessi assicurati presenti nella polizza precedente e identiche garanzie, gli anzidetti termini di aspettativa sono abrogati.

#### **Art.29 Franchigia**

L'indennità giornaliera verrà corrisposta con l'applicazione dei seguenti criteri:

in caso di ricovero ospedaliero conseguente malattia verranno decurtati i seguenti giorni di franchigia:

- il giorno di ingresso
- i successivi 2 giorni di ospedalizzazione;
- il giorno di dimissioni

in caso di ricovero ospedaliero conseguente ad infortunio verranno decurtati i seguenti giorni di franchigia:

- il giorno di ingresso;
- i giorni di dimissioni.

#### **Art.30 Pagamento dell'indennità**

Il pagamento della indennità verrà effettuato a cura ultimata su presentazione di originale attestato di degenza in Istituto di cura. Per i ricoveri avvenuti all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia in Euro.

## MODALITA' PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

In caso di necessità durante il viaggio/soggiorno, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, 365 giorni l'anno ai numeri 800.824080 dall'Italia - 039.6899965 dall'estero fax: 039.6057533

Indicando:

1. Nome e Cognome
2. Dati del Contraente o numero di polizza
3. Il luogo in cui si trova
4. Il numero di telefono o fax dove può essere contattato
5. L'indirizzo del suo domicilio e/o residenza

L'Assicurato deve evitare di intraprendere iniziative senza interpellare prima la Centrale Operativa ai numeri su indicati. Gli operatori specializzati sono a sua disposizione, pronti ad intervenire o ad indicargli la procedura più idonea per risolvere nel migliore dei modi ogni problema, oltre ad autorizzare eventuali spese.

## MODALITA' PER RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE

Per tutte le richieste di rimborso, l'Assicurato deve scrivere a:

Filo diretto Assicurazioni S.p.A.

Ufficio Sinistri

Via Paracelso, 14 - 20864 Agrate Brianza MB

tel. 039.6899941 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.30.

L'Assicurato deve avvisare la Centrale Operativa nei termini previsti dalle Norme Generali che regolano ogni prestazione o garanzia, citando il numero di polizza e allegando copia della stessa. Per agevolare i tempi di evasione della pratica, è necessario specificare in modo corretto il danno subito, allegando alla denuncia la documentazione necessaria come di seguito riportato.

Documenti da allegare

### *Spese mediche:*

- numero di polizza e nominativo degli Assicurati che hanno subito il danno;
- certificato di Pronto Soccorso o del medico curante redatto sul luogo del sinistro che riporti la patologia, 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;
- originali delle ricevute per le spese sostenute;
- prescrizione medica per l'eventuale acquisto di medicinali con le ricevute originali dei farmaci acquistati;
- descrizione dettagliata dell'accaduto in caso di infortunio.

### *Bagaglio*

- numero di polizza e nominativo degli Assicurati che hanno subito il danno;
- copia dei biglietti di viaggio o gli estremi del viaggio;
- le circostanze dell'accaduto e copia autentica della denuncia alle Autorità del luogo ove si è verificato il fatto;
- l'elenco degli oggetti smarriti o sottratti, il loro valore, la data di acquisto e le fatture, scontrini o ricevute comprovanti il valore dei beni;
- copia del reclamo presentato all'albergatore o vettore eventualmente responsabile;
- giustificativi delle spese di rifacimento dei documenti di identità, se sostenute;
- copia originale del Rapporto Irregolarità Bagaglio (P.I.R.) compilato immediatamente presso l'Ufficio aeroportuale bagagli smarriti;
- copia della lettera di reclamo inviata al vettore aereo con la richiesta di risarcimento e lettera di risposta del vettore stesso in originale.

### *Infortuni di viaggio*

- numero di polizza e nominativo degli Assicurati che hanno subito il danno;
- indicare il luogo, il giorno e l'ora del sinistro;
- le cause che lo hanno determinato;
- certificato medico attestante il danno subito;
- eventuale verbale rilasciato dalle Autorità competenti intervenute.

In ogni caso la Società si riserva la facoltà di richiedere, per agevolare la liquidazione del danno, ulteriore documentazione rispetto a quell'indicata.