ASSICURAZIONE WI UP

WI UP è la polizza di **Nobis Assicurazioni** dedicata alla programmazione Tour Operator individuale e gruppi. Prevede Assistenza in viaggio, Rimborso Spese Mediche fino ad € 50.000 (per il Mondo), Garanzia bagaglio, Responsabilità Civile del Viaggiatore e copertura per Infortuni.
Comprende anche una serie di Garanzie aggiuntive per COVID-19 (vedi dettaglio in allegato).

Valida: per cittadini Italiani o stranieri residenti in Italia.
Durata: 30 gg.
Limite di età: 75 anni per la garanzia Infortuni
Validità Territoriale: ITALIA, EUROPA e BACINO MEDITERRANEO, MONDO.
Franchigie e scoperti: Verifica nelle Condizioni di Polizza ogni specifica Garanzia.

E' importante prendere nota che Nobis Assicurazioni non è tenuta a fornire Garanzie/Prestazioni per tutti i sinistri provocati o dipendenti da stati di malattia cronica o patologie preesistenti* all'inizio del viaggio.
***Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza.**

E' importante leggere con attenzione il dettaglio delle varie garanzie contenute nella polizza, in quanto ciascuna è soggetta a limitazioni, esclusioni, franchigie e termini di denuncia sinistro.

CENTRALE OPERATIVA DI ASSISTENZA

In caso di necessità durante il viaggio

800 894123 dall'italia
+39 0399890702 dall'estero

In caso di necessità durante il viaggio è fondamentale contattare preventivamente la Centrale Operativa di Assistenza, affinché possa organizzare le prestazioni più idonee, in conformità con quanto prevede la polizza.

COME DENUNCIARE UN SINISTRO

Prima della partenza, in caso di annullamento o per gli altri sinistri al rientro del viaggio

www.nobis.it sezione "Denuncia on Line"

TELEFONO
39 9890712
dal lunedì al venerdì
dalle 8:00 alle 17:00

POSTA RACCOMANDATA
Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. Ufficio Sinistri
Via G.B. Colleoni, 21 – Centro Colleoni
20864 AGRATE BRIANZA (MB)

GARANZIE AGGIUNTIVE COVID-19

Oltre alle garanzie indicate nel certificato assicurativo di seguito allegato, si intendono incluse in copertura le seguenti garanzie ed estensioni:

DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFEZIONE DA COVID-19

Le coperture offerte sono valide a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero.
A norma e nei termini delle Condizioni di Assicurazione, l'Impresa accorda, una indennità forfettaria per ogni giorno di ricovero presso un Istituto di cura **disposto quale conseguenza diretta ed esclusiva del contagio da COVID-19 (c.d. Coronavirus) patito dall'Assicurato**, indipendentemente dalle spese sostenute, nella misura delle prestazioni di seguito indicate.
L'Impresa, **qualora il ricovero dell'Assicurato si protragga per un numero di giorni superiore a 5,** riconosce per ogni successivo giorno di degenza (*i.e.* a partire dal sesto giorno di ricovero) un importo pari a euro 100,00 (cento/00) per un numero massimo di giorni pari a 10. **In conseguenza di quanto sopra, dunque, la somma massima esigibile da ciascun Assicurato nel corso della validità della polizza non potrà superare l'importo di € 1.000,00 (mille/00).**

INDENNITA' DA CONVALESCENZA

Le coperture offerte sono valide esclusivamente a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata durante lo svolgimento del viaggio a condizione che l'infezione comporti un conseguente ricovero in terapia intensiva'
L'Impresa riconosce all'Assicurato una indennità da convalescenza fissa e predeterminata pari a **€ 1.500,00 al momento della dimissione dell'Assicurato stesso dall'Istituto di cura ove era stato ricoverato a seguito dell'infezione da COVID-19. La presente prestazione opererà unicamente qualora l'Assicurato, nel corso della predetta degenza, sia stato ricoverato in un reparto di terapia intensiva, così come risultante dalla cartella clinica che dovrà essere prodotta in forma integrale al momento della denuncia del sinistro**

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Vengono erogate le seguenti ulteriori prestazioni:

INVIO DI UN PEDIATRA IN CASI DI URGENZA

Qualora l'Assicurato, durante il soggiorno in Italia, necessiti di un pediatra e non riesca a reperirlo, l'Impresa tramite la Centrale Operativa a seguito di una prima diagnosi telefonica con il medico di guardia interno, invierà il medico pediatra gratuitamente al domicilio dell'Assicurato.
La prestazione è valida solo 1 volta durante il periodo di copertura.
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.

CONSULTO PSICOLOGICO IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19

La Centrale Operativa mette a disposizione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, il proprio personale specializzato nei consulti psicologici affinché l'Assicurato possa ricevere un primo supporto e le più opportune indicazioni in ordine alle modalità di gestione del disagio psicologico proprio o dei componenti il Nucleo famigliare. **Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.**

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Viale Colleoni, 21
Tel. 039 98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 37.890.907,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n. 052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

SECOND OPINION IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19

La Centrale Operativa mette a disposizione, 24 ore su 24, il proprio servizio di guardia medica affinché l'Assicurato possa trasmettere copia della propria cartella clinica e ottenere dall'Impresa, anche con il supporto di medici specialisti di strutture convenzionate, una second opinion in merito al percorso diagnostico e terapeutico intrapreso.
Prestazione valida esclusivamente in caso di ricovero ospedaliero a seguito dell'infezione da COVID-19.

INFORMAZIONI NUMERO DI EMERGENZA IN CASO DI INFEZIONE DA COVID-19

L'Impresa, attraverso la propria Centrale Operativa in funzione h24 e a seguito di richiesta dell'Assicurato, comunicherà telefonicamente i numeri di telefono istituiti dalle Autorità per la gestione delle vicende **relative al contagio da Covid-19 (c.d. Coronavirus) e per le relative segnalazioni.**

BLOCCO E SOSTITUZIONE DELLE CARTE DI CREDITO

La Centrale Operativa, in caso di furto, rapina o smarrimento delle carte di credito possedute dall'assicurato durante il periodo di validità della polizza, si impegna ad avvisare le Aziende emittenti tali carte di credito, dal momento in cui l'assicurato notifica il furto o lo smarrimento e si attiva al medesimo tempo per la cancellazione e per la sostituzione di dette carte di credito nonché per la richiesta di un loro duplicato, ove ciò sia possibile.

ATTIVAZIONE SERVIZIO STREAMING VIDEO E QUOTIDIANI ON-LINE IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato durante il periodo di validità della copertura, la Centrale Operativa attiverà e l'Impresa prenderà in carico il costo dei seguenti servizi a favore dell'Assicurato:

- Un abbonamento temporaneo di streaming video per consentire la visione di programmi di intrattenimento attraverso i devices dell'Assicurato;
- Un abbonamento temporaneo ad un quotidiano on-line scelto dall'Assicurato.

RIMBORSO SPESE PER INDAGINI DIAGNOSTICHE

E' previsto un massimale di **€ 200,00** per il rimborso delle spese per indagini diagnostiche a seguito di infezione da Covid-19 dell'Assicurato purché regolarmente prescritte da un medico.

INCLUSIONE INFEZIONE COVID-19

Relativamente alle garanzie **Spese mediche** e **Assistenza,** dettagliate nel certificato assicurativo allegato, si intendono incluse in garanzia le infezioni da Covid 19 dell'Assicurato.

Per tutto quanto non espressamente indicato nelle suindicate garanzie aggiuntive, fanno fede le garanzie, le prestazioni, i limiti e le esclusioni indicati nel certificato assicurativo allegato.

Contratto di assicurazione Ramo Danni

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. **Prodotto: Filo diretto Travel**

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.) E' 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 durante i viaggi quali, 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, Infortuni e Responsabilità Civile che rendono ancora più globale l'offerta. Si rammenta come le coperture operanti saranno quelle risultanti dalla Scheda di Polizza sottoscritta dal Contraente e riportate nelle condizioni di assicurazione.

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.

✓ **Assistenza alla persona**

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.

✓ **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.

✓ **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.

✓ **Infortuni di superfice**

L'Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti al massimale indicati in polizza qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino la morte o invalidità permanente.

Che cosa non è assicurato?

* *non sono assicurati i viaggi di durata superiore a 30 giorni consecutivi

*non sono assicurabili i viaggi nei paesi indicati nel sito http://watch.exclusive-analysis.com/jccwatchlist.html che riportano un grado di rischio uguale o superiore a "3.0".

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, atti di terrorismo ad eccezione delle garanzie di Assistenza e Spese mediche; 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 o preesistenti, già note all'Assicurato all'adesione alla polizza; 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 idroscì, 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, 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, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m. ; uso di moto d'acqua e guidoslitte; 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 implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco; eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza. Sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale. Non è consentita la stipulazione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti salvo le polizze in 2° rischio. L'applicazione deve essere emessa per la destinazione che comprenda tutte le tappe del viaggio, anche se intermedie o, comunque, di durata minore alle altre. L'applicazione 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/applicazione non verranno presi in carico dall'Impresa. La polizza è valida esclusivamente se abbinata ad un servizio turistico venduto dallo stesso operatore professionale che ha emesso l'applicazione e l'evento che ha originato il sinistro deve avvenire esclusivamente durante il periodo di fruizione del servizio turistico stesso. Sono esclusi tutti in sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico acquistato dall'Assicurato presso l'agenzia di viaggi che ha venduto/incluso la presente polizza. Relativamente alla vendita di servizi di trasporto la polizza è valida durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione. Relativamente alla garanzia annullamento viaggio sono esclusi i sinistri relativi a coperture di servizi turistici non acquistati dall'Operatore/Agenzia che ha emesso l'applicazione. Sono altresì esclusi i sinistri relativi ad applicazioni non emesse in base alle regole della presente polizza. 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.

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 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.

Che obblighi ho?

Al momento della sottoscrizione del contratto, il Contraente 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.

L'Assicurato, 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, per il tramite del contraente, del premio che è determinato per periodi di assicurazione annuale. 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?

Per il Contraente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (o comunque dall'ora convenuta) del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. L'assicurazione ha validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza disdetta. Resta salva la facoltà delle Parti di recedere dal contratto in caso di sinistro. Per gli Assicurati, le garanzie decorrono dalla data di inizio del viaggio (ovvero dalla data di inizio dei servizi turistici acquistati) e cessano al termine degli stessi.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto si rinnova automaticamente per un anno alla sua naturale scadenza salvo disdetta mediante lettera raccomandata AR spedita almeno 30 giorni prima della scadenza

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

Assicurazione Multirischi Turismo

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Filo diretto Travel

Versione n. 1 del Dicembre 2018 (ultimo disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., con sede Legale a 10071 Borgaro Torinese (TO) alla via Lanzo 29 e Direzione Generale a 20864 Agrate Brianza (MB) al viale Gian Bartolomeo Colleoni 21. Tel: +39.039.9890001, sito internet **www.nobis.it**, e-mail: **assicurazioni@nobis.it**, PEC: **nobisassicurazioni@pec.it**.
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). E' iscritta alla Sez. I, al n. 1.00115, dell'Albo delle Imprese IVASS e ne è soggetta a controllo.
Capogruppo del Gruppo Nobis, iscritto al n. 052 del'Albo dei Gruppi Assicurativi.

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

Al contratto si applica la normativa italiana e lo stesso è soggetto esclusivamente alla giurisdizione italiana.

Che cosa è assicurato?

In merito alla garanzia **Assistenza alla persona** si specificano qui di seguito le singole prestazioni: Consulenza medica telefonica, Invio di un medico in Italia in caso di urgenza, Segnalazione di un medico all'estero, Monitoraggio del ricovero ospedaliero, Trasporto Sanitario Organizzato, Rientro dei familiari o del compagno di viaggio, Trasporto della salma, Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione, Assistenza ai minori, Rientro del viaggiatore convalescente, Prolungamento del soggiorno, Invio urgente di medicinali all'estero, Interprete a disposizione all'estero, Anticipo spese di prima necessità, Rientro anticipato, Spese telefoniche/telegrafiche, Trasmissione messaggi urgenti, Spese di soccorso ricerca o recupero dell'Assicurato, Anticipo cauzione penale all'estero.
In merito alla garanzia Spese mediche si specifica che la garanzia comprende le spese di ricovero in istituto di cura, le spese di intervento chirurgico e gli onorari medici, le spese per visite ambulatoriali, le spese per i medicinali prescritti dal medico, le spese per cure dentarie solo a seguito di infortunio.
L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Indicare l'opzione	Non sono previste riduzioni di premio per il prodotto Filo diretto Travel.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Indicare l'opzione	Non sono previste opzioni aggiuntive a pagamento per il prodotto Filo diretto Travel.
INFORMAZIONI AGGIUNTIVE	
Bagaglio	In aggiunta a quanto già indicato nel DIP Base, si specifica che la garanzia prevede altresì quanto segue: • 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; • 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.
Responsabilità Civile Terzi	In aggiunta a quanto indicato nel DIP Base, si specifica che l'assicurazione è prestata anche per le responsabilità derivanti da: conduzione dell'abitazione ove l'assicurato dimora durante il soggiorno all'estero; intossicazione o avvelenamento causati da cibi o bevande; proprietà o uso di imbarcazioni a remi o a vela; proprietà o uso di biciclette; esercizio di attività sportive a carattere ricreativo; proprietà o uso o possesso di cani, gatti e altri animali domestici; infortuni sofferti dai collaboratori familiari purché in regola; pratica del campeggio; proprietà e detenzione di armi purché legalmente detenute; danni provocati in qualità di trasportato su autoveicoli; danni a cose altrui derivanti da incendio di cose dell'Assicurato.
Infortuni	In aggiunta a quanto indicato nel DIP Base, si specifica che le garanzie prestate sono il Caso morte e il Caso invalidità permanente. I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio l'Impresa liquidi un indennizzo per invalidità permanente e successivamente intervenga la morte dell'Assicurato, ascrivibile alla stessa causa che ha originato la prima liquidazione, l'ulteriore indennizzo andrà a coprire la differenza fino al massimale assicurato.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	I rischi esclusi sono già stati dettagliati nel DIP Base, alla consultazione del quale si rimanda in questa sede.

Ci sono limiti di copertura?

Le esclusioni, valide per tutte le garanzie, sono già state elencate nel DIP Base.
Qui di seguito, si riportano le principali esclusioni specifiche per ciascuna garanzia.

Spese Mediche	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, 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. 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.
Assistenza alla persona	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, l'Impresa non risponde delle spese sostenute dall'Assicurato senza le preventive autorizzazioni da parte della Centrale Operativa. 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 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 l'assistenza e l'Assicurato nulla potrà più esigere dall'Impresa. Sono escluse le malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali.
Bagaglio	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, sono esclusi il denaro; assegni; titolo e collezioni; campionari; gioielli, pietre prezioso e pellicce; i danni derivanti da incuria, negligenza nonché dimenticanza da parte dell'Assicurato; insufficiente o inadeguato imballaggio; rotture e danni al bagaglio; beni diversi dai capi di abbigliamento, consegnati al vettore.
Responsabilità Civile	Oltre alle esclusioni previste per tutte le garanzie, già indicate nel DIP Base, sono esclusi i sinistri: a) derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria, di commercio o di servizio; b) derivanti da furto; c) derivanti dalla proprietà, possesso, guida ed uso di mezzi di locomozione a motore; d) conseguenti ad inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali; e) di qualsiasi natura e da qualunque causa determinati da: inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo; f) derivanti da lavori di manutenzione straordinaria, ampliamento, sopraelevazione o demolizione; g) da detenzione o impiego di esplosivi o di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione di particelle atomiche come pure i danni che, in relazione ai rischi assicurati, si siano verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; h) derivanti a cose che le persone assicurate detengano a qualsiasi titolo ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate; i) derivanti dalla detenzione a qualsiasi titolo di animali non domestici; j) derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria; k) derivanti da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali adibiti ad abitazione;
Infortuni	Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni già indicate nel Dip Base , la garanzia non è operante per gli infortuni derivanti da: a) guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni; guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione aerei o subacquei.

Per ogni singola garanzia indicata nel presente prodotto ed esplicitamente sottoscritta dal contraente sono previste somme assicurabili, identificate nel dettaglio nella Scheda di polizza, i limiti ed eventuali franchigie o scoperti. 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, fermo restando che l'azione di rivalsa non sarà esercitata nei confronti dei trasportati.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro**: il contraente e/o l'Assicurato deve avvisare telefonicamente la Centrale Operativa chiamando il numero verde **800.894123** (dall'estero occorre comporre il numero **+39 039.9890.702**) e successivamente inviare denuncia per iscritto all'Impresa entro 5 giorni dalla data di accadimento del sinistro stesso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, con l'indicazione della data, del luogo e delle sue modalità, nonché degli eventuali testimoni. Sarà onere dell'Assicurato far pervenire alla Compagnia i certificati medici, le cartelle cliniche, le denuncie all'Autorità (compreso il PIR presso l'Autorità Aeroportuale), le fatture attestanti l'acquisto dei beni smarriti e/o le spese di prima necessità, l'estratto conto di prenotazione del viaggio e quello di annullamento, le prove del pagamento del viaggio, il contratto di viaggio, gli originali dei biglietti di viaggio.
	Assistenza diretta/in convenzione: si specifica che il contratto prevede la presenza di prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: si specifica che il contratto non prevede la trattazione dei sinistri da parte di altre Compagnie.
	Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti dell'assicurato 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Qualora in merito alle circostanze del rischio oggetto della copertura assicurativa, il contraente/assicurato effetui dichiarazioni false o reticenti in sede di preventivazione e le confermi con la sottoscrizione del contratto, o ometta di comunicare all'impresa ogni variazione significativa, tali circostanze potrebbero pregiudicare in forma totale o parziale il pagamento del danno (indennizzo) da parte dell'Impresa.
Obblighi dell'impresa	L'Impresa si obbliga a istruire il sinistro nel più breve tempo possibile e, sempre nel più breve tempo possibile, a provvedere alla liquidazione del danno a seguito della ricezione di tutta la documetazione necessaria e dell'accertamento del diritto all'indennizzo.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il contraente dovrà pagare la prima rata di premio. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, e sarà dovuto per intero anche nel caso di frazionamento semestrale del premio, con relativa applicazione di un onere aggiuntivo del 5%. L'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettato dall'eventuale intermediario comunque inteso. Il premio è comprensivo di imposta.
Rimborso	Il presente contratto, trattandosi di polizza turismo temporanea, non prevede la possibilità di rimborso del premio.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'assicurazione ha validità annuale e, alla sua naturale scadenza è previsto il tacito rinnovo in mancanza disdetta. Il contratto è stipulato senza previsione di tacito rinnovo. La durata delle singole applicazioni per gli assicurati è quella segnalata dal Contraente. La durata delle singole garanzie è riportata nel Dip Base
Sospensione	Il presente contratto non prevede la possibilità di sospendere il contratto.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	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 Set Informativo e la documentazione di cui al Capo III del Regolamento IVASS n. 40/2018 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 inviatole, 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.
Risoluzione	Ogni variazione al contratto sarà comunicata da parte dell'Impresa al contraente/assicurato, per tramite dell'Intermediario che ha in carico il contratto, entro 45 giorni dall'eventuale rinnovo annuale del medesimo. L'assicurato, qualora non accettasse le nuove condizioni di premio e/o la somma assicurata proposta per l'annualità successiva, avrà facoltà, previa lettera raccomandata AR all'Impresa spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, di risolvere il contratto.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente contratto è rivolto ai soggetti – aventi le caratteristiche indicate nel DIP Base – che acquistino un servizio turistico avente le caratteristiche indicate sempre nel DIP Base.

Quali costi devo sostenere?

L'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione dovrà sostenere il costo relativo al premio quantificato secondo la tariffa predisposta per la tipologia del viaggio al quale la polizza è abbinata e le garanzie prescelte.
Costi d'intermediazione: la quota media spettante all'Intermediario per il Ramo 1 (Infortuni) è pari al 37,02%, per il Ramo 2 (Malattia) è pari al 21,45%, per il Ramo 7 (Merci trasportate) è pari al 22,40%, per il Ramo 13 (R.C. Generale) è pari al 21,64%, e per il Ramo 18 (Assistenza) è pari al 50,15%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	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., Viale Gian Bartolomeo Colleoni, 21 – 20864 – Agrate Brianza – MB – fax 039/6890.432 – reclami@nobis.it. Risposta entro 45 giorni.
All'IVASS	L'Assicurato qualora non si ritenga soddisfatto dalla risposta dell'Impresa potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21, - 00187 – Roma, fax 06.42133206, PEC: **ivass@pec.ivass.it**, 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Verificata la fondatezza del diritto all'indennizzo da parte dell'assicurato, le controversie di natura medica sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Collegio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NE' UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

TERMINI E CONDIZIONI
TABELLA RIEPILOGATIVA DELLE GARANZIE WI UP

Nota Importante: Le prestazioni di Assistenza alla persona e Rimborso Spese Mediche sono operative anche in conseguenza di atti di terrorismo. Per tale estensione si rimanda all'art. 1 – Esclusioni e limiti validi per tutte le garanzie - della Sezione " Norme comuni a tutte le garanzie".

	Viaggio singolo della durata massima di 30 giorni.	**MASSIMALI**	**FRANCHIGIE**
		Livello di copertura	
Sezione	***Garanzie di assicurazione /*** *Prestazioni*	**WI UP**	
1	**Spese Mediche in Viaggio.** Spese ospedaliere e chirurgiche	**Inclusa**	**€ 50,00**
	Mondo intero compreso USA/Canada	€ 50.000,00	
	Europa	€ 15.000,00	
	Italia	€ 3.000,00	
	Sottolimite: Spese mediche e farmaceutiche	€ 1.000,00	
	Sottolimite: Spese per esami diagnostici e di laboratorio	€ 2.500,00	
	Sottolimite : Spese per visite mediche	€ 2.500,00	
	Sottolimite : Spese di trasporto ad un Istituto di cura	€ 5.000,00	
	Sottolimite: Spese odontoiatriche urgenti	€ 200,00	
2	**Assistenza in viaggio**	**Inclusa**	**NO Franchigia**
	Consulenza medica telefonica	illimitato	
	Invio medicinali	Illimitato	
	Trasporto sanitario	Illimitato	
	Rientro sanitario	Illimitato	
	Rientro del convalescente	inclusa	
	Rientro familiari / compagno di viaggio	inclusa	
	Viaggio di un famigliare: costo viaggio	inclusa	
	Viaggio di un famigliare: soggiorno	10gg per 100€/gg.	
	Rientro anticipato dell'assicurato	Inclusa	
	Prolungamento soggiorno	10gg per 100€/gg.	
	Anticipo cauzione penale	€ 25.000,00	
	Interprete a disposizione	€ 1.000,00	
	Anticipo spese prima necessità	€ 8.000,00	
	Trasmissione messaggi urgenti	Inclusa	
	Rimpatrio salma	Illimitato	
	Rimborso spese telefoniche	€ 100,00	
	Spese di soccorso, salvataggio e recupero	€ 1.500,00	
3	**Bagaglio.** Danni da perdita, smarrimento e danneggiamento	**Inclusa**	**NO Franchigia**
	Europa e Mondo	€ 1.500,00	
	Italia	€ 1.000,00	
	Sottolimite: Spese di prima necesità (ritardo oltre 12 ore)	€ 300,00	
	Sottolimite: Rifacimento documenti	€ 300,00	
4	**Infortuni di Superficie - Età assicurabile max 75 anni**	**Inclusa**	**5%**
	Caso Morte	€ 50.000,00	
	Caso Invalidità Permanente	€ 50.000,00	
5	**Responsabilità Civile**	**Inclusa**	**€ 250,00**
	Per persona	€ 50.000,00	

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

GLOSSARIO

Nel testo che segue si intende per:

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

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

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

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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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;

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

Sinistro: il verificarsi del fatto o dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
Spese di soccombenza: spese che la parte soccombente è condannata a rimborsare alla parte vittoriosa nel procedimento civile;
Tasso Lordo: il moltiplicatore da applicare al fatturato del Contraente attraverso cui determinare il Premio Definitivo;
Terzo: di norma non rivestono qualifica di terzi: a) il coniuge, i genitori, i figli dell'assicurato non 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: Il territorio degli Stati Uniti d'America e il Canada
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 FILO DIRETTO TRAVEL

Condizioni di Assicurazione Filo diretto Travel Mod. 6003-WI (ed. 2018-12) – Ultimo aggiornamento 04/12/2018

SEZIONE 1 – SPESE MEDICHE

ART. 1.1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Nel limite dei massimali per Assicurato pari ad € 3.000,00 in Italia, ad € 15.000,00 in Europa e ad € 50.000,00 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, occorsi 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 infortunio o malattia;
- spese per le visite mediche ambulatoriali, gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio (purché pertinenti all' infortunio denunciato o malattia) entro il limite di € 2.500,00 per Assicurato.
- spese per i medicinali prescritti dal medico curante in loco (purché pertinenti all' infortunio denunciato o malattia) entro il limite di € 1.000,00
- 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 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.
Esclusivamente per i viaggi di studio qualora sia il docente accompagnatore a provvedere al pagamento delle spese mediche per conto dello studente Assicurato, l'Impresa provvederà a rimborsargli l'importo previo rilascio di adeguata liberatoria da parte dello studente Assicurato.

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 € 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 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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 € 50.000,00 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 30 giorni complessivi di degenza ospedaliera.
Resta inteso che al verificarsi di una delle fattispecie previste nel quarto e nel quinto capoverso dell'art. 2.21, nessuna ulteriore richiesta relativa alle spese mediche sarà presa in carico dall'Impresa.

SEZIONE 2 – ASSISTENZA ALLA PERSONA

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 un evento fortuito e imprevedibile al momento della sottoscrizione della polizza. 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.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

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.
Per i soli viaggi di studio è previsto il rimborso al docente delle eventuali spese, preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, sostenute per l'eventuale rientro dello studente Assicurato e comunque entro il limite di € 750,00.

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 NECESSITA'
Qualora l'Assicurato debba sostenere spese impreviste conseguenti ad eventi di particolare e comprovata gravità, la Centrale Operativa provvederà al pagamento "in loco" di fatture o ad un anticipo di denaro all'Assicurato stesso fino all'importo di € 8.000,00 a fronte di garanzia che può essere fornita in patria da un soggetto terzo con una immediata copertura del prestito**.**

ART. 2.16 - RIENTRO ANTICIPATO
La Centrale Operativa organizzerà e 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.
Qualora non fosse possibile effettuare un'immediata valutazione del caso, al fine di verificare l'effettiva sussistenza di un imminente pericolo di vita, l'Impresa si riserva di rimborsare l'importo dei titoli di viaggio successivamente alla verifica della documentazione prodotta dall'Assicurato che attesti la riconducibilità del caso alla fattispecie assicurata.
Nel caso in cui l'Assicurato debba abbandonare il veicolo per rientrare anticipatamente l'Impresa metterà a disposizione dell'assicurato un biglietto aereo o ferroviario per andare successivamente a recuperare il veicolo. Le prestazioni sono operanti qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad utilizzare i titoli di viaggio in suo possesso.

ART. 2.17 - SPESE TELEFONICHE/
L'Impresa prenderà in carico le eventuali spese documentate che si rendessero necessarie al fine di contattare la Centrale Operativa fino a concorrenza di € 100,00.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

ART.2.18 – SPESE PER TAXI (valida esclusivamente per viaggi di studio)
L'Impresa provvederà a rimborsare al docente le eventuali spese di Taxi necessarie per accompagnare/o raggiungere lo studente assicurato presso l'ospedale dove è ricoverato entro il limite di € 60,00 in Italia e di € 120 all'Estero.

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) unicamente 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 sanitario organizzato/rientro sanitario (art. 2.6), 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.
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 all'Impresa i biglietti di viaggio non utilizzati a seguito delle prestazioni godute.

SEZIONE 3 - BAGAGLIO

ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
Nel limite dei massimali per Assicurato pari ad € 1.000,00 in Italia, e € 1.500,00 in Europa e nel Mondo l'Impresa garantisce :
- 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 (LOST & FOUND) facendosi rilasciare il PIR (PROPERTY IRREGULARITY REPORT). L'assicurato è altresì tenuto a formulare preventiva richiesta di risarcimento al vettore aereo ed a produrre all'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

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

SEZIONE 4 – RESPONSABILITA' CIVILE

ART. 4.1 - OGGETTO DELLA GARANZIA

L'Impresa terrà indenne l'Assicurato, per le somme che lo stesso dovrà corrispondere, quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese), per i danni involontariamente cagionati a terzi quali morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose, in conseguenza di un fatto accidentalmente verificatosi in relazione alla sua partecipazione al viaggio e/o soggiorno.

L'assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere. Qualora l'Assicurato sia Contraente di altro contratto di assicurazione per i medesimi rischi di responsabilità, la presente garanzia opera in eccedenza a detto contratto ("secondo rischio").

ART. 4.2 - MASSIMALE E FRANCHIGIA

La garanzia è operante fino a concorrenza del massimale per evento e per Assicurato pari ad € 50.000,00.

In ogni caso resta a carico dell'Assicurato una franchigia fissa di € 250,00 per sinistro.

ART. 4.3 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

L'impresa assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione, a nome dell'Assicurato, delle vertenze sia in sede stragiudiziale sia in sede civile e/o penale, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso. Sono a carico dell'Impresa le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite tra Impresa ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'Impresa non rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 4.4 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE

Oltre alle esclusioni previste dalle Norme comuni alle garanzie sono esclusi dalla garanzia:

- provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga;
- da furto e da incendio;
- da circolazione di veicoli a motore, nonché di navigazione di natanti a motore e da impiego di aeromobili;
- alle persone trasportate su veicoli e natanti a motore di proprietà dell'Assicurato o da lui detenuti;
- a cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titoli ed a quelle trasportate, rimorchiate, sollevate, caricate o scaricate;
- derivanti da interruzioni di attività;
- provocati a persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno stesso in occasione di lavoro o servizio;
- inerenti all'attività professionale dell'Assicurato;
- derivanti da inquinamento;
- derivanti dall'esercizio di attività professionali, di industria o di commercio;
- conseguenti e inadempienze di obblighi contrattuali e fiscali;
- derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria.

ART. 4.5 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato si obbliga a non transigere con terzi danneggiati né accettare il riconoscimento di responsabilità senza il preventivo benestare dell'Impresa;

Si obbliga invece a denunciare con precisione i fatti (indicando le generalità di danneggiati e testimoni), le date ed i luoghi e, comunque, a fornire tutti i documenti, atti e notizie relativi al sinistro.

SEZIONE 5 - INFORTUNI

ART. 5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Impresa pagherà gli indennizzi corrispondenti ai massimali assicurati qualora l'Assicurato subisca, durante il periodo di validità della garanzia, danni derivanti dalle conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio e che entro un anno provochino:

- morte;
- invalidità permanente.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca nella qualità di passeggero di voli di Linea e charter (esclusi gli aerei privati), dal momento in cui sale a bordo di un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso e che producano lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano come conseguenza la morte oppure l'invalidità permanente. La garanzia si intende valida anche per gli infortuni derivanti da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale quali, ad esempio, attentati, pirateria, sabotaggio, terrorismo, purché non conseguenti a guerra, anche se non dichiarata, ad insurrezione, a tumulti popolari.

ART. 5.2 - CAPITALI ASSICURATI E CUMULO

I Capitali assicurati per Assicurato sono pari ad € 50.000,00.

Le garanzie prestate sono:

- Caso morte
- Caso invalidità permanente

I due indennizzi non sono cumulabili; in particolare, qualora a seguito di infortunio l'Impresa liquidi un indennizzo per invalidità permanente e successivamente intervenga la morte dell'Assicurato, ascrivibile alla stessa causa che ha originato la prima liquidazione, l'ulteriore indennizzo andrà a coprire la differenza fino al massimale assicurato.

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 polizza e per evento. Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano i limiti sopra indicati, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ART. 5.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

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

L'Assicurato è comunque tenuto ad inviare per iscritto denuncia all'Intermediario cui è assegnata la polizza oppure all'Impresa entro cinque giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art.1913 del Codice Civile. La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari indicati, devono consentire all'Impresa le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

ART. 5.4 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa che le compete ai sensi dell'Art.1916 Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

ART. 5.5 - ESCLUSIONI E LIMITI SPECIFICI PER LA GARANZIA INFORTUNI

Oltre alle esclusioni previste dalle Condizioni Generali, la garanzia non è operante per gli infortuni derivanti da:

a) guida di veicoli o natanti che non siano ad uso privato per i quali l'Assicurato non abbia le prescritte abilitazioni;

b) guida od uso, anche in qualità di passeggero, di mezzi di locomozione subacquei.

ART. 5.6 - CRITERI DI INDENNIZZO

Caso Morte:

qualora si verifichi un infortunio, indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento della somma assicurata ai beneficiari designati indicati nella scheda di polizza, o in mancanza di designazione, agli eredi testamentari o legittimi.

Il pagamento della somma assicurata avverrà purché la morte avvenga entro un anno dal giorno dell'infortunio, ancorché successivamente alla scadenza della polizza.

Morte presunta:

qualora il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato e le autorità competenti ne avessero dichiarato la morte presunta, l'Impresa provvederà al pagamento della somma assicurata prevista in caso di morte.

Invalidità Permanente:

qualora si verifichi un infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa effettua il pagamento di una percentuale del massimale assicurato per invalidità permanente, in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri della tabella delle percentuali di invalidità allegata al D.P.R. 30-6-1965 n° 1124 e successive modifiche, relative al settore "Industria" con rinuncia dell'Impresa alla applicazione della franchigia ivi prevista e con l'intesa che sarà liquidato il capitale anziché la rendita.

ART. 5.7 - FRANCHIGIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per invalidità permanente è dovuto esclusivamente per il caso in cui il grado di invalidità permanente sia superiore a 10 punti percentuali dell'invalidità permanente totale; in tal caso l'indennità verrà liquidata solo per la percentuale di invalidità permanente eccedente i 5 punti percentuali. Resta inteso che per percentuali di invalidità permanente superiori al 75% la franchigia non verrà applicata.

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, vandalismo, scioperi, atti di terrorismo ad eccezione delle garanzie di Assistenza e Spese mediche;
- 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 o preesistenti, già note all'Assicurato all'adesione alla polizza.
- 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 idroscì, 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, 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, trekking svolto a quote superiori ai 3000 metri s.l.m. ; uso di moto d'acqua e guidoslitte;
- 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 implichino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco;
- eventi che verificandosi in Paesi in stato di belligeranza rendano impossibile prestare Assistenza.

Sono altresì esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività professionale.

Non è consentita la stipulazione di più applicazioni a garanzia del medesimo rischio al fine di elevare i massimali delle specifiche garanzie e i cumuli di rischio contrattualmente previsti salvo le polizze in "° rischio.

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

L'applicazione 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/applicazione non verranno presi in carico dall'Impresa.

La polizza è valida esclusivamente se abbinata ad un servizio turistico venduto dallo stesso operatore professionale che ha emesso l'applicazione e l'evento che ha originato il sinistro deve avvenire esclusivamente durante il periodo di fruizione del servizio turistico stesso. Sono esclusi tutti in sinistri relativi ad eventi accaduti al di fuori del periodo di fruizione del servizio turistico acquistato dall'Assicurato presso l'agenzia di viaggi che ha venduto/incluso la presente polizza.

Relativamente alla vendita di servizi di trasporto la polizza è valida durante il periodo intercorrente la data di partenza e la data di rientro indicate nel titolo di trasporto e comunque entro il limite massimo indicato nell'applicazione.

Relativamente alla garanzia annullamento viaggio sono esclusi i sinistri relativi a coperture di servizi turistici non acquistati dall'Operatore/Agenzia che ha emesso l'applicazione.

Sono altresì esclusi i sinistri relativi ad applicazioni non emesse in base alle regole della presente polizza.

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/iccwatchlist.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.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

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

ART. 3 - VALIDITÀ' DECORRENZA E DURATA DELLE GARANZIE
La garanzia Annullamento Viaggio decorre dalla data d'iscrizione al viaggio o dal momento dell'adesione alla polizza mediante il pagamento del premio assicurativo da parte dell'Assicurato e/o del Contraente e termina il giorno della partenza al momento in cui l'Assicurato inizia a fruire del primo servizio turistico fornito dal Contraente. La copertura Annullamento Viaggio può essere emessa esclusivamente fino a 30 giorni prima della partenza e l'adesione deve avvenire contestualmente alla data di prenotazione del viaggio o al più tardi entro le ore 24.00 del giorno successivo alla prenotazione stessa. Le altre 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 sessantesimo giorno dalla data inizio viaggio sempreché sia stato pagato il relativo premio ad eccezione di quelle garanzie che seguono la specifica normativa indicata nelle singole sezioni.

ART. 4 - 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. 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 – 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. 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 la decadenza totale o parziale del diritto al rimborso

ART. 10 - OBBLIGHI DEL CONTRAENTE
Il Contraente si impegna:
- a consegnare, a tutti gli Assicurati, in formato cartaceo e prima della sottoscrizione del contratto il Set informativo relativo alla presente polizza ;
- a pubblicare nel proprio sito 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 € 1.000.000,00 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.

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO – COSA FARE PER RICHIEDERE ASSISTENZA

Assistenza:

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

800.894123

dall'estero è possibile contattare la Centrale Operativa telefonando al numero **+39.039.9890702** comunicando subito le seguenti informazioni:

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

Altre garanzie:

I sinistri devono essere denunciati attraverso una delle seguenti modalità:

- **via internet** (sul sito www.nobis.it sezione "Denuncia On-Line") seguendo le relative istruzioni.
- **via telefono al numero 039/9890.712 e per la garanzia Annullamento Viaggio al numero verde 800.894124.**

La corrispondenza o la documentazione andrà inviata a:

Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A.
Ufficio Sinistri
Via G.B. Colleoni, 21 – 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;

IN CASO DI RESPONSABILITA' CIVILE

- descrizione circostanziata dei fatti che hanno determinato il danno a terzi e, copia della denuncia presentata all'autorità competente;
- richiesta di risarcimento dei danni da parte del terzo danneggiato;
- eventuale documentazione fotografica dei beni o delle parti di beni danneggiati

NOTA IMPORTANTE!

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

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

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

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

Importante!

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

Per eventuali reclami scrivere a

Filo diretto Assicurazioni S.p.A. Ufficio Reclami Centro Direzionale Colleoni Via Paracelso, 14 20864 Agrate Brianza – MB –
fax 039/6890432 - reclami@filodiretto.it

in caso di mancato riscontro scrivere a:

IVASS – Servizio Tutela degli Utenti Via del Quirinale, 21 0187 ROMA (RM)

QUALITY SYSTEM CERTIFICATION DNV·GL ISO 9001:2015

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.
Sede Legale in Borgaro Torinese 10071 (TO) • Via Lanzo, 29
Direzione Generale in Agrate Brianza 20864 (MB) • Via Paracelso, 14
Tel. 039.98.90.001 • Fax 039.98.90.694 • www.nobis.it • PEC nobisassicurazioni@pec.it
Capitale Sociale € 34.013.382,00 i.v. • REA n. TO 1243609
C.F. e iscrizione al Reg. Imprese di TO n. 01757980923 • P.IVA IT 02230970960
Società iscritta alla Sez. I dell'Albo delle Imprese al n. 1.00115
Capogruppo del Gruppo Nobis iscritto al n.052 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi

NOBIS FILO DIRETTO ASSICURAZIONI è un marchio di proprietà di NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI S.p.A.