



CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

POLIZZA 080522

CASAGIT SALUTE SOCIETA' NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO DEI GIORNALISTI ITALIANI "ANGIOLO BERTI"

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO
DOCUMENTO REDATTO SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA "CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI"**

**contratto di assicurazione
per l'assistenza sanitaria**

edizione 06/2022



Inter Partner Assistance S.A.
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles - 7 boulevard du Régent - Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato - Gruppo AXA Partners
N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM - Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



Glossario

<u>Assicurato:</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione
<u>Assistenza:</u>	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.
<u>Centrale Operativa:</u>	la struttura organizzativa di INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con la Società provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
<u>Contraente:</u>	CASAGIT SALUTE SOCIETA' NAZIONALE DI MUTUO SOCCORSO DEI GIORNALISTI ITALIANI "ANGIOLO BERTI"
<u>Domicilio:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Familiare:</u>	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia
<u>Inabilità temporanea (IT):</u>	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
<u>Infortunio:</u>	il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Istituto di cura:</u>	l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<u>Malattia:</u>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:
<u>- improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
<u>- preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

<u>Massimale:</u>	la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Nucleo familiare:</u>	l'insieme delle persone legate da vincolo coniugale, di parentela o di fatto con l'Assicurato risultanti dallo Stato di Famiglia.
<u>Paese di origine:</u>	ai termini della presente Polizza si intende l'Italia;
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Residenza:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.
<u>Ricovero/degenza:</u>	la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.
<u>Società:</u>	INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 – 00156 Roma.

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON IL CONTRAENTE

Premesso:

- che il Contraente intende stipulare una polizza in favore dei propri Clienti. Si specifica che la copertura Assicurativa sarà offerta dal Contraente ai suoi Clienti a titolo gratuito;
- che tutte le Prestazioni oggetto della presente polizza, nei termini e con le modalità descritte nei successivi articoli, saranno fornite nel rispetto della normativa e/o dei Regolamenti vigenti in materia;
- che Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, è una compagnia assicurativa specializzata nell'erogazione di prestazioni di assistenza, nel rispetto della normativa vigente, ed è dotata delle strutture idonee per l'organizzazione, il coordinamento e la gestione delle Prestazioni oggetto della presente Polizza, in favore degli Assicurati.

ART. 1. PREMESSE ED ALLEGATI

Le premesse e gli allegati devono intendersi parte integrante della presente Polizza e ne costituiscono fondamento e causa.

ART. 2. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 3. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 4. PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza purché venga corrisposto il relativo premio.

In deroga a quanto previsto dell'Art. 1901 C.C., se la Contraente non paga il premio entro il termine sopra indicato o i premi delle successive appendici di regolazione o di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 C.C.

ART. 5. PREMIO E REGOLAZIONE

5.1 - PREMIO UNITARIO E MINIMO GARANTITO ANNUO

Il premio unitario per Assicurato è definito nel Frontespizio di polizza.

Il Contraente alla sottoscrizione della polizza si impegna a corrispondere alla Società, a titolo di premio minimo garantito, l'importo previsto nel Frontespizio di polizza.

5.2 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il premio di polizza viene regolato sulla base dei dati comunicati dal Contraente, moltiplicando il numero totale delle applicazioni messe in copertura per il relativo premio unitario.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli aventi diritto alla copertura, secondo le modalità concordate.

La Società, procederà pertanto al calcolo delle differenze passive, che dovranno essere pagate dal Contraente entro 60 (sessanta) giorni dalla data di emissione dell'appendice di regolazione.

Qualora la regolazione a saldo dovesse comportare la determinazione del premio in misura inferiore al premio minimo garantito di cui al frontespizio di polizza, quest'ultimo si intende comunque acquisito, escluso pertanto ogni conguaglio negativo.

Qualora il Contraente non provveda al pagamento dei premi di regolazione entro 30 giorni dalla data di emissione della relativa richiesta premio da parte della Società, la copertura assicurativa a favore degli Assicurati resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del medesimo, ferme le successive scadenze ai sensi dell'Art. 1901 comma 2, del CC.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la regolazione.

ART. 6. EFFICACIA E DURATA:

6.1 - DELLA POLIZZA

Il contratto ha validità in base a quanto indicato nel frontespizio polizza.

6.2 - DELLE SINGOLE COPERTURE

L'assicurato beneficerà delle garanzie di polizza, sempre che l'adesione avvenga durante il periodo di validità della polizza, per la durata specificata nel frontespizio di polizza. In caso di disdetta della polizza la data di "termine del contratto" viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura delle applicazioni. Le attivazioni rilasciate successivamente a tale termine non potranno essere considerate valide al fine della copertura assicurativa.

Il premio si intende unico e anticipato, non rimborsabile nemmeno in quota parte.

ART. 7. TACITO RINNOVO

Non è previsto il tacito rinnovo.

ART. 8. MODIFICHE AL CONTRATTO

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e controfirmate, per accettazione, dalle Parti.

ART. 9. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

La Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART. 10. VARIAZIONI NELLA PERSONA DELLA CONTRAENTE

In caso di alienazione dell'azienda della Contraente o di parte delle Sue attività, gli effetti della Polizza si trasmetteranno all'acquirente. Nel caso di fusione della Contraente, la Polizza continuerà con la società incorporante o con quella frutto della fusione.

Nei casi di trasformazione o di cambiamento di ragione sociale della Contraente, la presente Polizza continuerà con la nuova forma societaria.

Le variazioni di cui sopra devono essere comunicate dalla Contraente entro il termine di 15 (quindici) giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale, nei 30 (trenta) giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 (quindici) giorni.

Nei casi di scioglimento della Contraente o della sua messa in liquidazione, la Polizza cessa con effetto immediato ed i premi eventualmente pagati e non goduti saranno rimborsati previo conguaglio con il premio minimo garantito stabilito in polizza e comunque dovuto.

ART. 11. ONERI FISCALI

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

ART. 12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE - FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 13. VERIFICA DEGLI ASSICURATI

La Società si riserva il diritto di verificare a posteriori se il soggetto che ha beneficiato di una prestazione di assistenza o di una garanzia assicurativa ne aveva effettivamente diritto attraverso un controllo con la direzione della Contraente.

ART. 14. PUBBLICAZIONI

La Contraente dovrà riportare nelle proprie pubblicazioni una sintetica descrizione delle prestazioni assicurative fornite dalla Società. Nelle proprie pubblicazioni, la Contraente dovrà riportare il marchio ed il logo della Società che quest'ultima fornirà. Il testo di tali pubblicazioni, per la parte riguardante la Società, dovrà essere preventivamente approvato da quest'ultima, fermo restando che le pubblicazioni non saranno oggetto di contributo da parte della Società medesima.

ART. 15. TUTELA DEI MARCHI

Il Contraente prende atto che i marchi, le denominazioni ed i loghi della Società, come pure tutti i diritti inerenti all'immagine, al nome ed alla sua identità economica sono e resteranno nella titolarità esclusiva della Società ed il Contraente non potrà farne alcun uso, se non sarà a ciò preventivamente autorizzata per iscritto di volta in volta.

Alla scadenza del Contratto o in caso di sua risoluzione, estinzione o cessazione, per qualsiasi causa intervenuta, le Parti non potranno, comunque, più utilizzare il marchio, la denominazione o il logo dell'altra Parte, né utilizzarli altrimenti in alcun modo, anche se fosse stata a ciò specificamente preventivamente autorizzata.

ART. 16. INFORMAZIONI AGLI ASSICURATI

Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati le Condizioni di Assicurazione predisposte dalla Società e da quest'ultima trasmesse al Contraente così come previsto dal reg. IVASS n. 41 del 02/08/2018, corredate da apposita informativa al trattamento dei dati personali, predisposta dal Contraente come previsto dal GDPR.

ART. 17. RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

ART. 18. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le prestazioni assicurative qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 19. RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI

Le Parti s'impegnano, in ordine alle informazioni che si scambieranno nella predisposizione del contratto e nella sua esecuzione a rispettare gli obblighi dettati in materia di riservatezza, nonché le disposizioni a tutela dei dati personali ai sensi della normativa vigente.

La Società non potrà utilizzare i dati in suo possesso per i trattamenti diversi da quelli necessari per svolgere i suoi compiti istituzionali, né potrà trattare i medesimi dati, né cederli a terzi per fini di marketing diretto o indiretto.

ART. 20. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 21. VALUTA DI PAGAMENTO

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea, relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

ART. 22. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 23. PRIVACY

Le Parti prendono atto e riconoscono che la Società è titolare del trattamento dei dati relativi alle obbligazioni connesse alla presente Polizza e che il Contraente è titolare del trattamento dei dati relativi alla gestione dei propri rapporti con i clienti.

Ciascun cliente del Contraente rilascerà autorizzazione al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente polizza, sulla scorta dell'informativa del trattamento allegata al set Informativo della polizza, consegnato dal Contraente.

La Contraente si obbliga a fornire, a propria cura e spese, ai propri Clienti che beneficeranno delle garanzie assicurative prestate dalla Società, l'Informativa di cui al Regolamento UE 2016/679 predisposta dalla medesima Società.

La Società e la Contraente dichiarano di essersi reciprocamente date atto dell'osservanza degli obblighi rilevanti in materia di protezione dei dati personali, ciascuna per quanto di competenza.

A tale riguardo, ciascuna Parte terrà indenne e manleverà l'altra Parte da ogni pregiudizio derivante dalla mancata o non corretta esecuzione dei predetti obblighi, impegnandosi all'indennizzo in caso di danni, costi, spese (ivi incluse le spese legali) a seguito dell'eventuale irrogazione di sanzioni amministrative e/o

ricorsi avanzati dagli interessati sulla base dei diritti loro attribuiti dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, nonché da qualsiasi altra contestazione mossa dalle competenti Autorità di controllo, laddove accertata la responsabilità della condotta attiva o omissiva.

ART. 24. CONTROVERSIE TRA LE PARTI

Le Parti si impegnano espressamente a manlevarsi e tenersi indenni sostanzialmente e processualmente, anche nei confronti dei propri successori ed aventi diritto a qualsiasi titolo, dipendenti, collaboratori, organi amministrativi da ogni pregiudizio, danno (incluso il danno all'immagine), perdita, responsabilità, costo, onere o spesa, ivi comprese le eventuali spese legali e in relazione a qualsivoglia pretesa e/o domanda, (sia essa giudiziale che stragiudiziale), e/o azione (sia essa di carattere risarcitorio e/o a titolo di indennizzo), di qualsivoglia natura (sia essa contrattuale che extracontrattuale), che sia stata avanzata - in forma singola o collettiva - nei confronti dell'una o dell'altra Parte in qualunque sede, da parte di qualsiasi terzo, (ivi inclusi a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, i clienti di ciascuna Parte), in conseguenza della violazione da ognuna delle Parti di uno qualsiasi degli obblighi contrattuali e degli obblighi di legge previsti rispettivamente in capo a ciascuna in relazione all'espletamento delle attività oggetto del presente contratto.

ART. 25. DIVIETO DI CESSIONE

E' fatto espresso divieto alle Parti di cedere il presente contratto pena la risoluzione di diritto del contratto stesso e fatto salvo il risarcimento del danno.

ART. 26. FORO COMPETENTE

Il Foro competente per le controversie tra le Parti è esclusivamente Roma esclusa quindi ogni altra e diversa competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 27. ANTI CORRUZIONE

Il Contraente e la Società:

- si impegnano a rispettare tutte le leggi e i regolamenti applicabili in materia di anticorruzione;
- mantengono e manterranno in vigore, all'interno della propria organizzazione, politiche e procedure anticorruzione che vietano ogni forma di corruzione a tutti i propri amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti, fornitori, subfornitori e a ogni altro soggetto che agisca per loro conto.

ART. 28. SANCTIONS CLAUSE

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 29. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione amministrativa del presente contratto a ASSIGECO SRL in qualità di Broker e di conseguenza tutti i rapporti amministrativi inerenti la presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal broker stesso.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, la regolazione verrà effettuata dal Contraente a ASSIGECO SRL che provvederà al versamento alla Società.

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. DURATA DELLE SINGOLE COPERTURE

La copertura assicurativa ha una durata di 12 mesi dalla data di messa in copertura.

ART. 4. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 5. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le Prestazioni e Garanzie qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 6. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di Prestazioni o Garanzie non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 7. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 8. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.

ART. 9. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto a uno dei seguenti canali alternativi: posta, fax o e-mail

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Clienti - Casella Postale 20132
Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma)
numero fax 0039.06.48.15.811
e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La Società gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi al seguente Istituto: IVASS - Centro Tutela Consumatori Utenti, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Alternativamente a quanto sopra, il reclamante - prima di adire l'Autorità Giudiziaria - in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, potrà anche avvalersi dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale e, nello specifico,

- mediazione;
- negoziazione assistita.

Per le informazioni sulle modalità di attivazione delle singole procedure si rimanda a quanto presente nel sito: www.axapartners.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm
Resta comunque salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

COSA È ASSICURATO

Art. 1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nel Mondo intero.

Non sono comunque fornite prestazioni né è garantita la copertura assicurativa in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata.

Art. 2 ASSICURATI

Gli associati alla cassa CASAGIT e i relativi nuclei familiari, che rientrino negli elenchi degli aventi diritto, così come comunicato dal Contraente alla Società.

Art. 3 OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Art. 4 PRESTAZIONI GARANTITE

A. ASSISTENZA MEDICA D'URGENZA

01 - Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

03 - Assistenza infermieristica (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 7 (sette) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

04 - Trasferimento sanitario programmato (prestazione valida in Italia)

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;

B. ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

05 - Invio medicinali urgenti

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia, di medicinali regolarmente registrati in Italia, ma non reperibili sul luogo né sostituibili con medicinali locali ritenuti equivalenti dal servizio medico della Centrale Operativa, la stessa provvederà al loro reperimento e invio con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme e delle tempistiche che regolano il trasporto dei medicinali. Nel caso fosse necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato (o altro luogo da questi indicato) il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto.

Tale prestazione è assoggettata alle vigenti norme italiane e del paese in cui si trova l'Assicurato.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della spedizione, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

06 - Trasferimento/Rimpatrio sanitario

Qualora il servizio medico della Centrale Operativa consigli, a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la Centrale Operativa organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura medica adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Centrale Operativa:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 10.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto;
- le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;

La Società avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato.

07 - Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato abbia necessità di rientrare al proprio domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero con prognosi superiore a 7 giorni o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di euro 500,00 per sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 (quindici) giorni dal sinistro il certificato attestante l'infortunio, la malattia improvvisa o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

08 - Viaggio di un familiare in caso di ricovero

Qualora l'Assicurato, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con prognosi superiore a 5 (cinque) giorni, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare residente nel paese di origine di raggiungere l'Assicurato ricoverato il prima possibile.

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare.

09 - Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in un istituto di cura all'estero a seguito di infortunio o malattia improvvisa e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Centrale Operativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500,00 per sinistro e per periodo di assicurazione.

C. INVIO FISIOTERAPISTA

10 - Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

D. ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

11 - Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

12 - Prelievo campioni

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

13 - Consegna esiti esami

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

14 - Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura

Qualora a seguito di ricovero l'Assicurato necessiti di ricevere urgente assistenza notturna e/o diurna, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale non specializzato per assistenza presso l'istituto di cura nelle piccole necessità quotidiane (camminare, essere accompagnato, mangiare) o presenza notturna.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) notti e/o giorni per sinistro.

Le prestazioni di "Assistenza non specialistica presso l'istituto di cura", sono valide esclusivamente in alcune province italiane. È possibile conoscere l'elenco aggiornato delle province contattando la Centrale Operativa.

E. SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE

15 - Invio Operatore Socio-Assistenziale

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato socio-assistenziale, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

16 - Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

F. FORNITURA ATTREZZATURA MEDICO CHIRURGICA

17 - Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di **euro 250,00** per sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

G. VIDEO CONSULTO MEDICO

18 - Teleconsultazione medica e specialistica

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata.

L'équipe medica è composta da:

- medico generico (prestazioni illimitate)
- pediatra (prestazioni illimitate)
- cardiologo (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- ortopedico (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)
- ginecologo (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno)

H. PRESCRIZIONE MEDICA

19 - Prescrizione medica

Nel caso in cui, a seguito di un consulto medico, si preveda l'assunzione di un farmaco, la Centrale Operativa provvede a trasmettere una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN), previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato o dallo stesso indicata, in modo che l'Assicurato o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

In alternativa nel caso in cui l'équipe medica lo ritenga necessario, la Centrale Operativa potrà inviare un medico presso il domicilio dell'assicurato o nel luogo dove questi risiede temporaneamente. L'eventuale ricetta medica bianca sarà consegnata direttamente all'assicurato.

Inoltre nel caso in cui, a seguito del consulto medico, si renda necessario una visita specialistica o un esame diagnostico, la centrale operativa provvede a trasmettere all'assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

I. CONSULTO TELEFONICO VETERINARIO

20 - Consulenza veterinaria d'urgenza

Qualora l'Assicurato necessiti, in caso di infortunio o malattia improvvisa del proprio Animale domestico, di valutarne urgentemente lo stato di salute e non riesca a reperire il proprio veterinario di fiducia, potrà contattare direttamente la Centrale Operativa per ottenere consulenza telefonica veterinaria.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni di cui necessita.

La prestazione è fornita unicamente per cani e gatti, il chip è obbligatorio per legge ma solo per i cani.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 10. ESCLUSIONI

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - i) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
 - 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
 - 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
 - 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
 - 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
 - 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.
- Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 11. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa al numero telefonico:

800 902 908

06.42.115.548

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come "Assicurato **CASAGIT**" e comunicare:

- cognome e nome;
- n. polizza collettiva **080522**;
- prestazione richiesta;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.
- codice fiscale

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 C.C.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. « catena assicurativa », ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: privacy@axa-assistance.com

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- Dati di categorie particolari dell'Interessato, ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE 2016/679, strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;

Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. "catena assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti anticiclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed in caso dei premi;
- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell'Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati, in linea con la normativa sul trasferimento e con le Binding Corporate Rules del gruppo di appartenenza.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto della normativa vigente. Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all'Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giurisdizionale. I dati personali saranno trattati in sicurezza,

confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l'accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento cui li ha forniti;
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma*;
 2. all'indirizzo e-mail: garante@gpdp.it, oppure posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
 3. fax al numero: 06/696773785.

10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di autonomi titolari o di responsabili esterni del trattamento dati).

11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

12. DATI DEI MINORI

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.