



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza presenta una serie di garanzie per la tutela di coloro che viaggiano.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Sezione Spese Mediche in Viaggio:** La sezione Spese Mediche copre con pagamento diretto le spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili ricevuti dall'assicurato durante il viaggio. Questa sezione prevede inoltre il rimborso delle spese per il trasporto al centro medico di primo soccorso e delle spese per visite mediche, accertamenti diagnostici e cure ambulatoriali. La somma assicurata varia in base alla destinazione finale.
- ✓ **Sezione My Personal Doctor**
La sezione tutela l'assicurato in viaggio in caso di malattia o infortunio, organizzando tramite la centrale operativa, un consulto medico telefonico, disponibile anche modalità video chiamata.



Che cosa non è assicurato?

Sono escluse tutte le prestazioni di assistenza non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa; inoltre sono sempre esclusi i danni commessi con dolo dell'Assicurato. Sono esclusi dall'assicurazione i rimborsi derivanti direttamente o indirettamente da situazioni di conflitto armato, atti nemici stranieri e guerra. Ogni sezione di polizza prevede delle delimitazioni riportate, con tutti i relativi dettagli, negli articoli denominati "Esclusioni particolari di sezione".

Di seguito alcune delle principali esclusioni:

X per la sezione **Spese Mediche in Viaggio**, il caso in cui l'assicurato disattenda le indicazioni della centrale operativa o in caso in cui il viaggio sia stato intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici.



Ci sono limiti di copertura?

Nelle Condizioni di Assicurazione sono indicati le franchigie, gli scoperti e i relativi limiti previsti dal contratto per le singole garanzie.

! per la Sezione **Spese Mediche in Viaggio**

- **Spese mediche per interventi chirurgici urgenti.** Massimale opzionale €300.000 - €500.000 - ILLIMITATO
- **Spese di trasporto.** Limite €5.000
- **Rimborso spese per visite mediche e/o farmaceutiche.** Limite €1.500
- **Cure odontoiatriche urgenti.** Limite €500
- **Cure riabilitative.** Limite €500
- **Franchigia.** Il capitale assicurato dalla polizza di primo rischio si intende quale franchigia fissa della presente polizza, con un minimo di €5.000



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida per la destinazione prescelta.



Che obblighi ho?

Al momento dell'adesione alla polizza, l'assicurato ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno. È necessario fare particolare attenzione al valore del viaggio dichiarato in quanto se non veritiero o inesatto costituisce la modifica del rischio. In caso di sinistro inoltre, l'assicurato deve darne avviso tempestivamente all'assicuratore, con le modalità indicate in polizza, fornendo l'eventuale documentazione richiesta insieme ad ogni informazione utile alla definizione del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento dell'adesione alla polizza in un'unica soluzione. Il premio può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico o con sistemi di pagamento elettronico ove previsti oppure in contanti nei limiti previsti dalla legge. Il premio è comprensivo di imposte e oneri fiscali in vigore.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'efficacia della polizza decorre dalla data di inizio viaggio e cessa il giorno di rientro dal viaggio e comunque non oltre il 60° giorno successivo all'inizio del viaggio.



Come posso disdire la polizza?

L'adesione alla polizza non prevede il tacito rinnovo e quindi non è presente alcun obbligo di disdetta.

Assicurazione MULTIGARANZIA per il viaggio

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



Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia
"ALI@HEALTH"

Aprile 2021

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.

Inter Partner Assistance S.A., Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, capitale sociale € 130.702.613 al 100% AXA Partners Holding S.A., opera in Italia in regime di stabilimento. Il contratto viene stipulato dalla Rappresentanza Generale per l'Italia con sede e Direzione Generale in Italia, Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, tel. 06 42118.1. Sito internet: www.axa-assistance.it – e-mail: direzione.italia@ip-assistance.com - indirizzo pec: ipaassicurazioni@pec.it
Inter Partner Assistance S.A., è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia con D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n.250). Numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione: I.00014. Part. I.V.A. 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151. Inter Partner Assistance S.A. è assoggettata alla vigilanza della NBB (Banque Nationale de Belgique) e della FSMA (Autorités de surveillance des marches financiers).

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto dell'impresa è pari ad €201.793.882, di cui €61.702.613 relativo al capitale sociale e di cui € 14,129,653 relativo al totale delle riserve patrimoniali. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) dell'impresa è pari ad €214.889.340.00€, il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari ad €88.089.210.00, e l'ammontare dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è pari ad €268.697.838. L'indice di solvibilità dell'impresa è pari al 125%. Per la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) si rinvia al sito internet dell'impresa : www.axa-assistance.it

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Spese mediche in Viaggio	<p>CON PAGAMENTO DIRETTO Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto da parte della Centrale Operativa. La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato. La garanzia sarà operante per un periodo non superiore a 120 giorni complessivi di degenza. Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero. Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.</p> <p>A RIMBORSO La Società provvede al rimborso delle spese per visite e/o di primo ricovero (compreso il day hospital), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio. In caso di infortunio verificatosi in viaggio la Società rimborsa anche le spese per visite mediche e accertamenti, purché effettuate nei 30 giorni successivi al rientro dal viaggio. La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti solo a seguito di infortunio occorso durante il viaggio.</p>
My Personal Doctor	<p>Il servizio "My Personal Doctor" è un servizio semplice e innovativo, complementare all'assistenza sanitaria di base dell'Assicurato. È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.</p>




Che cosa NON è assicurato?


Spese mediche in viaggio	<p>Le prestazioni non sono dovute nei seguenti casi :</p> <ol style="list-style-type: none">se l'Assicurato (o chi per esso) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richiama di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuta il trasporto/rientro sanitario. In questo ultimo caso la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario in Italia;viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;viaggio intrapreso allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici;trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura. <p>Non vengono erogate le prestazioni in quei paesi dove per motivi politici o metereologici non è possibile prestare la garanzia.</p> <p>Inoltre, la Società non prende in carico le spese conseguenti a:</p> <ol style="list-style-type: none">cure riabilitative e prestazioni fisioterapiche;acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie (fatte salve quelle sopra specificate a seguito di infortunio);interruzione volontaria della gravidanza;pratica di sport aerei e dell'aria in genere, sport estremi se praticati al di fuori di organizzazioni sportive e senza i criteri di sicurezza previsti;qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta;acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto;le visite di controllo in Italia per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio. <p>La garanzia non è altresì dovuta per i sinistri provocati o dipendenti da:</p> <ul style="list-style-type: none">parto naturale o con taglio cesareo;stati patologici dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;dolo dell'Assicurato;abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso di stupefacenti e di allucinogeni;tentato suicidio o suicidio.
Esclusioni per tutte le Sezioni di Polizza	<p>Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:</p> <ol style="list-style-type: none">situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare ousurpato, o tentativo di usurpazione di potere;radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o daproprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura. La presente esclusione non è operante per le garanzie Assistenza in Viaggio, Spese Mediche in Viaggio;inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;dolo o colpa grave dell'Assicurato;suicidio o tentato suicidio. <p>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.</p>



Ci sono limiti di copertura?

Spese mediche in Viaggio	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale.
--------------------------	--

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24. Inoltre, dovrà comunicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati anagrafici dell'Assicurato; - numero di polizza; - tipo di intervento richiesto; - recapito telefonico temporaneo; - dati dell'Ospedale (<i>nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente</i>); - recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato. <p>OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, fatto salvo quanto previsto nell'art. 16, ed in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006); - nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero; - nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica; - luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato. <p>Fornendo altresì :</p> <p>■ Rimborso Spese Mediche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, a norma dell'Art. 2952 C.C..
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'art. 1.5 delle Condizioni d'Assicurazione.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio deve essere pagato al momento dell'adesione alla polizza in un'unica soluzione. Il premio può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico o con sistemi di pagamento elettronico ove previsti oppure in contanti nei limiti previsti dalla legge. Il premio è comprensivo di imposte e oneri fiscali in vigore.
Rimborso	Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	L'efficacia della Polizza nei confronti di ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 00:00 della data di inizio viaggio e cessa alle ore 24:00 del giorno di rientro dal viaggio e comunque non oltre il 60° giorno successivo all'inizio del viaggio, sempre che l'adesione avvenga durante il periodo di validità della polizza. In caso di disdetta della Polizza, la data di termine del contratto viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura di nuovi Assicurati, essendo prevista la gestione delle code di portafoglio. Le attivazioni con data successiva a tale termine, non potranno essere considerate valide ai fini della copertura assicurativa della presente Polizza.
Sospensione	Non è prevista la sospensione del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<i>Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale.</i>
Risoluzione	Non è prevista la risoluzione del contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Questa polizza presenta una serie di garanzie per la tutela di coloro che viaggiano a scopo turistico, di studio o d'affari.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: Il costo di intermediazione medio (senza considerare eventuali rappels e simili), cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto, è circa del 45 % del premio assicurativo imponibile (al netto delle imposte).

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a: 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. L'Impresa gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. 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 - arbitrato Per le informazioni sulle modalità di attivazione delle singole procedure si rimanda a quanto presente nel sito: www.axa-assistance.it
All'IVASS	Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, ivass@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo". In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi all'IVASS; corredando l'esposto della documentazione relativa al

	<p>reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 l'Impresa 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. <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.axa-assistance.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>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).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Arbitrato irrituale: laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza.</p> <p>Qualora per la risoluzione di eventuali controversie si dovesse ricorrere in arbitrato, così come regolamentato dall'articolo: "Procedura per la valutazione del danno (arbitrato irrituale)" delle Condizioni Generali di Assicurazione, si rammenta la possibilità in ogni caso di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p>

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, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE POLIZZA ALI@HEALTH

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 - Avenue Louise 166 - 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

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza: l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa.

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

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.

Centrale Operativa: 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 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.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione. Nel caso di persona fisica, il soggetto maggiorenne dotato di capacità di agire.

Destinazione:

- **Italia:** la Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
- **Europa:** i paesi dell'Europa geografica (compresa l'Italia e la Federazione Russa) e del bacino del Mediterraneo (Algeria, Canarie, Cipro, Egitto, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia).
- **Mondo:** tutti i paesi del mondo inclusa l'Europa.

Domicilio: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Day hospital: la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

Esteri: tutti i paesi del mondo, esclusa l'Italia.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente od indirettamente, uno o più sinistri.

Familiare: 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.

Franchigia: importo prestabilito in numero assoluto che rimane comunque a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Furto: il reato previsto all'art. 624 del Codice Penale, commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Indennizzo o indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro coperto dalle garanzie di polizza.

Infortunio: 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.

Istituto di cura: 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.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

Massimale: la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

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.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: importo dovuto dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

Rapina: la sottrazione di cosa mobile a chi la detiene, mediante violenza o minaccia alla sua persona.

Residenza: il luogo dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

Ricovero/degenza: 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.

Scadenza: data in cui cessano gli effetti del contratto.

Scoperto: la parte di danno indennizzabile a termini di polizza in percentuale che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

Terzi: qualunque persona non rientrante nella definizione di "familiare".

Viaggio: il viaggio, il soggiorno o la locazione, risultante dal relativo contratto o documento di viaggio.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 3. DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

L'efficacia della Polizza nei confronti di ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 00:00 della data di inizio viaggio e cessa alle ore 24:00 del giorno di rientro dal viaggio e comunque non oltre il 60° giorno successivo all'inizio del viaggio, sempre che l'adesione avvenga durante il periodo di validità della polizza.

ART. 4. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni, a norma dell'Art. 2952 C.C..

ART. 5. DIRITTO DI RIVALSA

La Società è surrogata, fino alla concorrenza della somma liquidata, in tutti i diritti ed azioni che l'Assicurato/Contraente può avere nei confronti dei responsabili dei danni.

ART. 6. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI / LIMITI DI RESPONSABILITÀ'

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, 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 un suo mancato o ritardato intervento dovuto all'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

ART. 7. PREMI

PREMIO UNITARIO PER ASSICURATO	
Massimale Spese Mediche	Premio lordo per assicurato €
€ 300.000	61,00
€ 500.000	78,00
ILLIMITATO	89,00

ART. 8. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto, il cui nominativo è stato comunicato alla Società.

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.axa-assistance.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.

ART. 10. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie specificate nelle seguenti sezioni:

A. SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

B. MY PERSONAL DOCTOR

La durata massima della copertura assicurativa per tutte le destinazioni è **60 giorni**.

A. SPESE MEDICHE IN VIAGGIO

Definizioni particolari di sezione:

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (elenco tassativo: coniuge, convivente more uxorio, figli, padre, madre). Sono inclusi nella definizione di familiare altri parenti solamente se stabilmente conviventi con l'Assicurato così come risultante dallo stato di famiglia (elenco tassativo: fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti).

A.1. - Oggetto dell'assicurazione:

La garanzia Spese Mediche in Viaggio è operante in secondo rischio e l'intervento della Società è comunque condizionato all'esistenza ed all'effettiva operatività di una valida garanzia di spese mediche contratta con la Società o con un'altra Compagnia di Assicurazione.

La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, eroga le seguenti prestazioni:

a) Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili, ricevuti sul posto nel corso del viaggio, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto da parte della Centrale Operativa.

La garanzia sarà prestata fino alla data di dimissioni o fino al momento in cui l'Assicurato sarà ritenuto, a giudizio dei medici della Società, in condizioni di essere rimpatriato.

Nei casi in cui la Società non possa effettuare il pagamento diretto, le spese saranno rimborsate sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa che è stata anche in questo caso preventivamente contattata durante il periodo di ricovero.

Nessun rimborso è previsto senza alcun contatto con la Centrale Operativa.

Massimale opzionabile: € 300.000 - € 500.000 - ILLIMITATO

A RIMBORSO – Anche senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, entro i sottolimiti indicati, dietro presentazione di idonea documentazione sia clinica sia fiscale

a) La Società provvede al rimborso delle spese di trasporto dal luogo dell'evento al centro medico di pronto soccorso o di primo ricovero.

Massimale: € 5.000

b) La Società provvede al rimborso delle spese per visite mediche e/o farmaceutiche purché sostenute a seguito di prescrizione medica, accertamenti diagnostici, cure ambulatoriali e/o di primo ricovero (compreso il day hospital), sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio.

Massimale: € 1.500

c) Cure odontoiatriche: La Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti durante il viaggio.

Cure in seguito ad infortunio: In caso di infortunio verificatosi in viaggio la Società rimborsa, oltre alle spese in loco, anche le spese per visite mediche e accertamenti diagnostici, purché effettuati nei 30 giorni successivi al rientro dal viaggio.

Massimale complessivo: € 500

d) La Società provvede al rimborso delle spese per cure riabilitative, incluse quelle fisioterapiche, sostenute in seguito ad infortunio o malattia occorsi in viaggio e che abbiano determinato un ricovero ospedaliero. Sono in garanzia, esclusivamente, le spese sostenute nell'ambito del ricovero ospedaliero stesso o nel periodo di convalescenza immediatamente successivo al ricovero e, comunque, precedente al rientro dal viaggio.

Massimale: € 500

A.2 - Decorrenza e operatività della sezione Spese Mediche in Viaggio

La garanzia decorre dal momento dell'inizio del viaggio e finisce al termine del viaggio stesso, ma comunque non oltre la scadenza della polizza.

La garanzia è prestata nei limiti dei capitali e delle prestazioni del luogo ove si è verificato l'evento, sempreché sia compreso nella "destinazione" scelta nella polizza.

A.3 - Franchigia Spese Mediche in Viaggio

Il capitale assicurato dalla polizza di primo rischio si intende quale franchigia fissa della presente polizza, con un minimo di € 5.000,00.

A.4 - Disposizioni e limitazioni

a) Per gli Assicurati di età superiore a 71 anni al momento di stipula della polizza, qualora il massimale scelto per le Spese Mediche in Viaggio sia pari a €300.000 o €500.000, lo stesso si intenderà limitato a €150.000, in caso di sinistro determinato da malattie preesistenti a carattere evolutivo e loro complicanze.

b) L'Assicurato libera dal segreto professionale, esclusivamente per gli eventi oggetto della presente assicurazione ed esclusivamente nei confronti della Società, i medici che lo hanno visitato e le persone coinvolte dalle condizioni di polizza.

c) Per importi superiori ad Euro 1.000,00, la Società rimborserà le spese mediche sostenute, solo qualora l'Assicurato effettui il pagamento delle stesse tramite bonifico bancario o carta di credito.

B. MY PERSONAL DOCTOR

Il servizio "My Personal Doctor" è un servizio semplice e innovativo, complementare all'assistenza sanitaria di base dell'Assicurato.

È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.

B.1 - Teleconsultazione (valida in Italia e all'estero)

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 al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

La Teleconsultazione è disponibile in Italia e all'estero.

B.2 - Prescrizione medica (valida solo in Italia)

Successivamente alla Teleconsultazione la Società, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l'Assicurato in Italia, in modo che quest'ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

La Prescrizione medica in seguito alla Teleconsultazione è disponibile esclusivamente in Italia.

B.3 - Consegna farmaco (valida solo in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il luogo in cui trova l'Assicurato in Italia. 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 luogo in cui si trova l'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. La consegna del farmaco è disponibile esclusivamente in Italia.

ART. 11. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o indirettamente da:

- a) situazioni di conflitto armato, invasione, atti di nemici stranieri, ostilità, guerra, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, legge marziale, potere militare o
- b) usurpato, o tentativo di usurpazione di potere;
- c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da
- d) proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti;
- e) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura. La presente esclusione non è operante per le garanzie Assistenza in Viaggio, Spese Mediche in Viaggio;
- f) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale;
- g) dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- h) suicidio o tentato suicidio.

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. 12. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA "MY PERSONAL DOCTOR"

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di Assistenza o di Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 al numero telefonico:

Numero Verde 800 056042
Dall'estero +39 06 4211 5280

Inoltre, dovrà comunicare:

- dati anagrafici dell'Assicurato;
- numero di polizza;
- tipo di intervento richiesto;
- recapito telefonico temporaneo;
- dati dell'Ospedale (*nome e recapito telefonico, reparto di ricovero, nome del medico che ha preso in cura il paziente*);
- recapito di eventuali familiari/accompagnatori in viaggio con l'Assicurato.

ART. 13. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI RIMBORSO

Per ogni richiesta di rimborso, l'Assicurato o chi agisce in sua vece, deve denunciare il sinistro alla Società entro 30 giorni dal rientro, fornendo alla Società l'insieme dei documenti utili alla gestione del sinistro, ed in particolare:

- dati anagrafici e codice fiscale del destinatario del pagamento (ai sensi della legge n.248 del 4 agosto 2006);
- nome e indirizzo della Banca, codice IBAN, codice SWIFT nel caso di conto corrente estero;
- nome del titolare del conto corrente se differente dall'intestatario della pratica;
- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato.

Fornendo altresì :

■ **Rimborso Spese Mediche :**

- documentazione medica redatta in loco (cartella clinica, verbale di pronto soccorso, certificato medico riportante la diagnosi) e le relative ricevute delle spese mediche sostenute in originale.

RIFERIMENTI IMPORTANTI

RICHIESTE DI RIMBORSO

I sinistri devono essere denunciati secondo le seguenti modalità:

- tramite il sito internet all'indirizzo <https://www.tripy.net/web/tripy/denuncia-online>

oppure in alternativa

- via posta all'indirizzo

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Travel - Ufficio Sinistri

Casella Postale 20175

Via Eroi di Cefalonia

00128 Spinaceto - ROMA

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 antiriciclaggio, 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 incasso 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 giudiziale. 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.