

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A.
Compagnia di assicurazioni e riassicurazioni
- Rappresentanza generale per l'Italia -

“Polizza di Assistenza sanitaria”

Riservata agli iscritti a

CASAGIT

Cassa Autonoma di Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani

POLIZZA COLLETTIVA n. 34097

Condizioni di Assicurazione



Inter Partner Assistance S.A.

Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni

Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena, 111 - 00173 Roma - Tel. 06/42118.1

Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale 8.396.373 € - 100% AXA Assistance S.A.

N. di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993 - C.C.I.A.A. di Roma n. 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 Assistenza Servizi S.p.A. |
| <u>Centrale Operativa:</u> | la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A. – Via B. Alimena, n. 111– 00173 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 Cassa Autonoma di Assistenza Integrativa dei Giornalisti italiani, via Marocco, 61 – 00144 ROMA. |
| <u>Domicilio:</u> | il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi. |
| <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>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 B. Alimena 111 – 00173 Roma. |

A - Informazioni sull'impresa di Assicurazione

1. Informazioni generali

Inter Partner Assistance S.A, Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, cap. soc. € 11.702.613 al 100% AXA Assistance, 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 Bernardino Alimena 111 – 00173 Roma, tel. 06 42118.1. E-mail direzione.italia@ip-assistance.com

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). Il numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione I.00014, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151

Inter Partner Assistance S.A è assoggettata alla vigilanza della BNB (Banque nationale de Belgique Boulevard de Berlaimont 14 BE-1000 Bruxelles).

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

ART. 1. SOGGETTI 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. 2. DECORRENZA E DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

L'efficacia della Polizza nei confronti delle singole applicazioni decorre dalle ore 24:00 della data di messa in copertura e termina, in ogni caso, ad ogni scadenza annuale del presente contratto (01.06).

La copertura assicurativa relativa alla singola applicazione è soggetta a tacito rinnovo annuale, salvo comunicazione scritta entro 60 giorni dalla scadenza annuale (01.06) e sempreché la presente polizza non sia stata disdetta ai sensi dell'Art. 5.

In ogni caso la durata della singole applicazioni non potrà superare i 365 giorni.

Le singole adesioni saranno inviate dalla Contraente alla Società, anche per il tramite dell'Intermediario.

La copertura ha termine con effetto immediato:

- a seguito di mancato versamento del premio;
- in caso di cessazione della presente polizza;
- nel momento in cui cessa l'iscrizione dell'Assicurato alla Cassa.

In caso di cessazione anticipata della copertura il premio unico annuale anticipato verrà considerato acquisito dalla Società.

ART. 3. COMUNICAZIONI PER L'OPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

Per la messa in copertura è necessario rientrare nell'elenco degli aventi diritto alle prestazioni, come comunicato dal Contraente alla Società.

Entro il quindicesimo giorno di ogni mese nel periodo di validità della presente polizza, a partire dal 01.06.2012 il Contraente si impegna a comunicare alla Società il tracciato record, compilandolo in ogni sua parte, così come concordato nell'Allegato "Istruzione Invio Dati" (invio in formato elettronico).

Il tracciato dovrà riportare i seguenti dati:

- decorrenza della copertura dell'avente diritto
- cognome e nome degli Assicurati
- codice fiscale

La tempestività e l'esatta comunicazione dei dati degli Assicurati da parte del Contraente costituisce condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione. In mancanza di corresponsione del premio relativo a tali comunicazioni, il Contraente si assumerà tutti gli oneri e le spese sostenute dalla Società per le prestazioni che la stessa abbia dovuto erogare.

ART. 4. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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. 5. 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..

ART. 6. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il 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. 7. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 C.C.

ART. 8. RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE

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

ART. 9. MODALITÀ DI ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA

Per la fornitura delle prestazioni la Società si impegna a mettere a disposizione dei Clienti la Centrale Operativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.a., in funzione 24 ore su 24, accessibile tramite il Numero Verde dedicato a chiamata gratuita 800.902.908 e la linea urbana +39 06. 42 115.548, fax 06.4818960.

ART. 10. LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali indicati per le prestazioni assicurative previste in Polizza, si intendono al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute

direttamente dall'Assicurato per una prestazione, sempreché contemplata e preventivamente autorizzata dalla Società, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), ferme restando le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

ART. 11. 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 o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

ART. 12. VALUTA DI PAGAMENTO

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. 13. 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. 14. FORO COMPETENTE

Il Foro competente è esclusivamente quello di Roma.

ART. 15. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme dettate in materia dalla Legge italiana.

ART. 16. LIMITAZIONI DEL SERVIZIO – 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 in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata.

ART. 17. OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

La copertura assicurativa opera :

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni all'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. 18. PRESTAZIONI GARANTITE

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Assistenza medica d'urgenza

18.1 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.

18.2 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.

18.3 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;

18.4 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.

Assistenza sanitaria all'estero

18.5 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.

18.6 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 20.000,00 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.

18.7 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.

18.8 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.

18.9 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.

ART. 19. Limitazioni ed 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.

ART. 20. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

La gestione dei sinistri e dei servizi è affidata alla struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p. A. – Via B. Alimena, n. 111 – 00173 Roma.

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

numero verde dall'Italia **800 902 908**

numero nero dall'estero: **+39 06. 42115. 548**

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un **fax al numero 06.4818960**.

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

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

- Polizza collettiva n. 34097
- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- recapito telefonico.
- Codice fiscale

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi al sinistro. 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.

ART. 21. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail)

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Servizio Clienti
Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma
fax 0039.06.48.15.811
Indirizzo e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La compagnia gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di **45 giorni** dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi al seguente Istituto:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21
00187 Roma
Fax 06.42133.745 – 06.42133.353

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'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: <http://ec.europa.eu./internalmarket/finservices-retail/finnet/indexen.htm>

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.