

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 “TRIPY SCHENGEN”

Giugno 2023

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, Sede legale Bruxelles – 7, Boulevard du Régent, capitale sociale € 130.702.613, Gruppo AXA Partners 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.axapartners.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 marchés financiers).

Il patrimonio netto di Inter Partner Assistance S.A. è pari a € 176.718.675, e comprende il capitale sociale pari a € 31.702.613 e le riserve patrimoniali pari a € 13.913.888. L'indice di solvibilità di Inter Partner Assistance S.A. relativo all'intera gestione danni, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 121.30%. Per informazioni patrimoniali sulla società (relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa) è possibile consultare il sito: www.axapartners.it

Al contratto si applica la legge italiana.

 Che cosa è assicurato?	
Assistenza in Viaggio	La Società, in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato in viaggio, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni: • CONSULTO MEDICO TELEFONICO • SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA • TRASFERIMENTO/RIENTRO SANITARIO • RIENTRO DELLA SALMA
 Che cosa è assicurato?	
Spese Mediche in Viaggio	CON PAGAMENTO DIRETTO – Solo se la Centrale Operativa è preventivamente contattata Qualora l'Assicurato debba sostenere spese mediche/ospedaliere per cure o interventi chirurgici urgenti e non procrastinabili che prevedano un ricovero, con almeno un pernottamento, durante il periodo di validità della garanzia, la Società terrà a proprio carico i costi con pagamento diretto sul posto 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. 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. b) Cure odontoiatriche: la Società provvede al rimborso delle spese per cure odontoiatriche urgenti.

Pacchetto Cover Stay e Back Home (garanzia facoltativa)	Cover Stay In caso di fermo sanitario dell'Assicurato, disposto dall'autorità competente per motivi di sicurezza: 1. al momento del suo arrivo presso l'aeroporto del Paese di destinazione o di transito; 2. oppure durante il corso del viaggio o soggiorno allo scopo di effettuare accertamenti sanitari; 3. o in caso di dichiarata quarantena con permanenza forzata sul posto; la Società terrà a proprio carico gli eventuali maggiori costi essenziali e indispensabili per vitto e sistemazione alberghiera sostenuti dall'Assicurato per la permanenza forzata in loco e per i titoli di viaggio per il rientro; in caso di fermo sanitario che riguardi un minore, la presente garanzia si intende prestata a favore di un solo compagno di viaggio assicurato, anche se non in stato di fermo. Qualora invece il fermo sanitario riguardi un adulto, l'eventuale accompagnatore, non in stato di fermo, è escluso dalla presente copertura. La Società si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato eventuali rimborsi ottenuti dai fornitori dei servizi turistici e/o vettori. Back Home Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di continuare il viaggio secondo l'itinerario inizialmente programmato a causa di: • fallimento o insolvenza dei servizi di viaggio da parte dell'organizzatore del viaggio; • catastrofi naturali (trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, esplosioni nucleari ed altri sconvolgimenti della natura); • epidemia o pandemia (dichiarata da qualsiasi ente governativo), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile; • atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico. La Centrale Operativa organizza: • il proseguimento del soggiorno dell'Assicurato in una nuova struttura alberghiera o • il rientro dell'Assicurato al proprio domicilio in Italia.
--	--

 Che cosa NON è assicurato?	
Esclusioni Assistenza, Spese Mediche in Viaggio e, se attivato, Pacchetto Cover Stay/ Back Home	La Società non prende in carico gli eventi e/o le spese conseguenti a: a) organizzazione diretta o, comunque, senza la preventiva autorizzazione della Centrale Operativa, di tutte le prestazioni previste; b) viaggio intrapreso contro il consiglio medico o, comunque, con patologie in fase acuta od allo scopo di sottoporsi a trattamenti medico/chirurgici; c) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; d) se l'Assicurato (<i>o chi per esso</i>) disattende le indicazioni della Centrale Operativa, ossia richieda di essere dimesso dalla struttura presso la quale è ricoverato, contro il parere dei sanitari della struttura stessa; o rifiuti il trasporto/rientro sanitario. In entrambi i casi la Società sospenderà immediatamente l'assistenza e la copertura delle ulteriori spese mediche maturate dal giorno successivo del rifiuto del trasporto/rientro sanitario; e) viaggio intrapreso verso un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (<i>anche temporanei</i>) emessi da un'Autorità pubblica competente; f) patologie riconducibili a complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 26ma settimana e dal puerperio; g) parto naturale, parto con taglio cesareo o interruzione volontaria della gravidanza. Le prestazioni non sono, altresì, dovute al neonato, qualora la gravidanza sia portata a termine nel corso di validità della polizza, anche in caso di parto prematuro. h) infortuni e malattie conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci o sostanze stupefacenti; i) tossicodipendenza, HIV o AIDS, malattie mentali, sindromi organiche, cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, disturbi psichici compresi i comportamenti nevrotici; j) cure riabilitative; k) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici (elenco non tassativo: affitto/acquisto di stampelle, tutori, sedie a rotelle, ecc...); l) acquisto e riparazione di occhiali, lenti a contatto; m) prestazioni infermieristiche, fisioterapiche, dimagranti o termali e per l'eliminazione di difetti fisici di natura estetica o di malformazioni congenite; n) visite di controllo eseguite successivamente al rientro al proprio domicilio, per situazioni conseguenti a malattie iniziate in viaggio; o) espianti e/o trapianti di organi; p) partecipazione a competizioni sportive e relative prove, salvo che le stesse abbiano carattere ricreativo;

	q) pratica di sport aerei e dell'aria in genere, atti di temerarietà e qualsiasi sport esercitato professionalmente o che, comunque, comporti remunerazione diretta o indiretta; r) suicidio o tentato suicidio. Sono esclusi gli eventi verificatisi in occasione dello svolgimento di attività: s) che implicino l'utilizzo diretto di esplosivi o armi da fuoco.
Cover Stay	La Società non corrisponde l'indennizzo nei seguenti casi: a) dolo o colpa grave dell'Assicurato; b) viaggi intrapresi verso paesi nei quali era già noto il fermo sanitario; c) se nel luogo di destinazione è in essere o viene dichiarata durante il viaggio una quarantena. La presente esclusione non è operante qualora l'Assicurato o un compagno di viaggio venga contagiato dalla patologia per cui è stata dichiarata la quarantena; d) costi non coperti dalla garanzia; e) perdite a seguito di rinuncia da parte dell'assicurato alla prosecuzione/riprotezione del viaggio interrotto offerta dall'organizzatore del viaggio.

 Che cosa NON è assicurato?	
Esclusioni Per tutte le sezioni di polizza	Sono esclusi dall'assicurazione tutte le prestazioni qualora l'Assicurato non abbia preventivamente contattato la Centrale Operativa. Sono altresì 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 usurpato, o tentativo di usurpazione di potere; b) atti di terrorismo in genere, compreso l'utilizzo di ogni tipo di ordigno nucleare o chimico. La presente esclusione non è operante per le garanzie Assistenza e Spese Mediche in Viaggio; c) radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari e sue componenti; d) inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da qualsiasi danno ambientale; e) spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto; f) dolo o colpa grave dell'Assicurato; g) 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.



Ci sono limiti di copertura?

Limiti di copertura – Assistenza in Viaggio

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale

Limiti di copertura – Spese Mediche in Viaggio

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP - Documento Informativo Precontrattuale

Limiti di copertura - Cover Stay/Back Home

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?

In caso di richiesta di assistenza

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, deve contattare immediatamente la Centrale Operativa, fornendo dati anagrafici dell'Assicurato, numero di polizza ed il tipo di intervento richiesto, indicando, inoltre, per:

• Assistenza e Spese Mediche in Viaggio conseguenti a ricovero ospedaliero

- 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.

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:

- numero di polizza;
- quietanza di pagamento del viaggio con l'itinerario;
- 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 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.

Cover Stay:

- luogo, giorno ed ora dell'evento nonché le circostanze e le cause che lo hanno determinato;
- documentazione attestante il fermo sanitario disposto dall'Autorità;
- contratto di viaggio;
- eventuale titolo di viaggio di riprotezione con evidenza del maggior costo pagato o nuovo titolo di viaggio emesso;
- documento di refund delle tasse aeroportuali, o in alternativa dichiarazione di non volato, emesso dal vettore aereo;
- fatture di spesa relative al soggiorno forzato (spese alberghiere, vitto);
- documentazione attestante gli eventuali rimborsi riconosciuti dai fornitori dei servizi;

Tutti i documenti relativi alle spese (fatture, titoli di viaggio, ecc.) dovranno essere intestati all'Assicurato

Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto di assicurazione, fermo restando quanto stabilito dal primo comma dell'art. 2952 C.C., si prescrivono dopo due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 C.C., 2° comma, così come modificato dalla Legge 27 ottobre 2008, n. 166).

Per le assicurazioni di responsabilità civile tale termine decorre dal giorno in cui il terzo danneggiato ha chiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di lui l'azione legale.

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Quando viene sottoscritto il contratto, 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 alla/e destinazione/i dichiarate in polizza in quanto se non veritiere o inesatte costituiscono 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.
Obblighi dell'impresa assicuratrice	La Società si impegna al pagamento del sinistro entro 7giorni lavorativi dalla definizione da parte del liquidatore.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio deve essere pagato al rilascio della 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	In caso di mancata effettuazione del viaggio (cessazione del rischio), la Società rimborsa il premio al netto delle imposte.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	La durata del contratto è da intendersi quella indicata in polizza, con un massimo di 365 giorni. L'assicurazione decorre quindi dalle ore e dal giorno indicato sul certificato di assicurazione e cessa alla scadenza pattuita.
Sospensione	Non è prevista la sospensione della polizza.

 Come posso disdire la polizza?	
La polizza non prevede il tacito rinnovo e quindi non è presente alcun obbligo di disdetta.	

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Questa polizza presenta una serie di garanzie per la tutela di tutte le persone, residenti all'estero, in viaggio in Italia o, transitando per l'Italia, nell'insieme del territorio degli stati membri dell'area Schengen e per il periodo della relativa permanenza.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: il costo di intermediazione medio, cioè la provvigione ricorrente annuale standard di prodotto è circa del 28 % 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

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 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 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. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.axapartners.it 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.
------------------	---

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie (Arbitrato)	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. 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. 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.

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.
