Assicurazione Infortuni e Assistenza

CHUBB®

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Chubb European Group SE, Sede legale: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano -P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese.

Prodotto: Employee Protection per i Dipendenti e Collaboratori delle Aziende Life Science

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono contenute in polizza.

Che tipo di assicurazione è?

La polizza si rivolge a persone giuridiche operanti nel settore Life Science. Sono oggetto di copertura gli infortuni subiti dai dipendenti e collaboratori nell'ambito delle proprie attività professionali ed extraprofessionali, salvo quanto diversamente specificato nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte e invalidità permanente da infortunio
- ✓ Rimborso spese mediche a seguito di infortunio
- ✓ Supervalutazione incidenti stradali
- ✓ Critical Illness
- ✓ Contagio da HIV, Epatite B (HBV) o C (HCV), Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi
- ✓ Anticipo indennizzi per invalidità permanente
- ✓ Aspettativa
- ✓ Attività temerarie
- ✓ Commorienza del coniuge
- ✓ Danno estetico permanente
- ✓ Clausola dirigenti
- ✓ Incidenti su mezzi pubblici di trasporto
- ✓ Infortuni cagionati da colpa grave
- ✓ Malattie tropicali
- ✓ Recovery Hope
- ✓ Rischi sportivi agonistici
- ✓ Responsabilità civile del contraente
- ✓ Supervalutazione invalidità permanente

Garanzie opzionali:

- ✓ Coma conseguente a infortunio
- ✓ Diaria da gessatura
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio e da malattia
- ✓ Inabilità temporanea da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da malattia
- ✓ Rimborso effetti personali
- ✓ Spese funerarie
- ✓ Rimborso costi di assistenza psicologica
- ✓ Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato
- ✓ Eventi aziendali
- ✓ Assistenza amministrativa
- ✓ Consulenza medica telefonica
- ✓ Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana
- ✓ Invio di un medico (in Italia, oltre 50 km di distanza dalla residenza dell'assicurato)
- ✓ Invio di un medico (all'estero, durante una trasferta professionale)

Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio
- ✗ Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche sono escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente eventualmente subito in occasione dell'infortunio

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle esclusioni si rimanda alle condizioni di assicurazione.

Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono applicabili franchigie e sottolimiti di indennizzo specifici per ogni garanzia
- ! La garanzia assicurativa per i casi infortunio cessa al compimento del 75° anno di età, salvo rinnovo con patto speciale tra Assicurato ed Assicuratore
- ! La garanzia assicurativa per i casi malattia cessa automaticamente al compimento del 66° anno di età
- ! La somma assicurata per il caso di morte e invalidità permanente viene liquidata purché le stesse risultino conseguenti ad un infortunio risarcibile ai sensi di polizza e queste si verifichino entro 730 giorni dall'evento
- ! Non è considerato infortunio qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea
- ! Relativamente alla garanzia Malattie Tropicali, l'Impresa non liquida alcun indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente sia pari o inferiore al 20%
- ! Nel caso in cui, a seguito del medesimo evento, più Assicurati fossero vittime di infortunio definito a termini di polizza, l'importo totale dell'indennizzo erogato dall'Impresa non potrà superare l'importo di € 30.000.000 a seguito di un evento in volo o in mare, e l'importo di € 50.000.000 a seguito di un evento a terra

- ✓ Supporto psicologico
- ✓ Trasporto/rimpatrio delle spoglie
- ✓

L'Assicuratore risarcisce il danno fino agli importi massimi stabiliti in polizza (c.d. massimali), indicati nella proposta formulata dall'Assicuratore.

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle garanzie si rimanda alle condizioni di assicurazione.

- ! Relativamente alla Sezione Infortuni non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi
- ! Relativamente alla Sezione Malattia, l'assicurazione non vale: per le persone di età superiore ai 65 anni; per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza; durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente
- ! Le prestazioni di Assistenza amministrativa, Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana e Supporto psicologico sono operanti nel solo territorio italiano

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rimanda alle condizioni di assicurazione.

Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero

Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Comunicare immediatamente all'Assicuratore qualsiasi variazione che modifichi ogni elemento del rischio
- Denunciare per iscritto il sinistro all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, fornendo tutte le informazioni e la collaborazione necessarie per la gestione del sinistro da parte dell'Assicuratore. Se l'infortunio comporta la morte dell'Assicurato, l'Assicuratore deve esserne informato entro 24 ore
- Sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio seguendo le relative prescrizione mediche e trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare le cure prescritte e la capacità di riprendere la propria abituale attività lavorativa
- In caso di invalidità permanente a seguito di malattia, denunciarla all'Assicuratore entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato medico e comunque non oltre un anno dalla data di cessazione della polizza
- In caso di contagio da virus HIV, Epatite B o C, ferite o soluzioni di continuo della cute e delle mucose, denunciarlo all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui il presunto contagio è occorso o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, fornendo tutte le informazioni e la documentazione clinica richiesta
- Per ottenere il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, presentare la domanda di pagamento all'Assicuratore entro 10 giorni sia dalla data di inizio del coma che dalla data dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni di coma continuativi ed ininterrotti, fornendo la documentazione richiesta

Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio tramite l'Intermediario a cui la polizza è assegnata, altrimenti direttamente all'Assicuratore tramite bonifico bancario.
La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza, le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dall'Assicuratore, recanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.
Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura termina con la scadenza del periodo di assicurazione.

Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo se non disdettata tramite lettera raccomandata inviata entro 30 giorni della scadenza del periodo assicurativo in corso.
La polizza prevede inoltre il diritto di recesso di entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore) dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, da esercitarsi mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno con preavviso di 30 giorni.

Relativamente ad ogni sinistro conseguente a malattia, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il contratto di assicurazione fosse stato stipulato da meno di 730 giorni.
In ogni caso, le Parti (Contraente e Assicuratore) hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

Assicurazione Infortuni e Assistenza

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Employee Protection per i Dipendenti e Collaboratori delle Aziende Life Science

DIP Aggiuntivo realizzato in data: Ottobre 2023. Aggiornato a Febbraio 2026. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

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

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

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – italy@pec.chubb.com -P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com – www.chubb.com/it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato al (27 Marzo 2024), il patrimonio netto della società è pari a (€ 3.003.305.813), mentre il risultato economico di periodo ammonta a (€ 813.088.466). Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al (176 %). Per ulteriori informazioni consultare la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link: (**https://www.chubb.com/uk-en/about-us-uk/europe-financial-information.html**).

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

La polizza comprende tra gli infortuni assicurati quelli indicati dall'art. 2 (pag. 3) delle Condizioni di Assicurazione.

Che cosa non è assicurato?

✗ Rischi esclusi

Oltre a quanto previsto dal DIP:

- ✗ Infortuni derivanti da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, fatto salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?"
- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della Scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura
- ✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e arruolamento per motivi di carattere eccezionale

Relativamente alla garanzia Critical Illness sono esclusi:

- ✗ Malattie gravi insorte nei tre mesi successivi alla stipula della polizza
- ✗ Infortuni derivanti da malattie gravi direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa

Relativamente alla garanzia Contagio da HIV, Epatite B (HBV) o C (HCV), Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi sono escluse:

- ✗ Contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto

- ✕ Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue)
- ✕ Epatiti alcoliche

Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio rimangono inoltre esclusi ricoveri dovuti a:

- ✕ Cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie
- ✕ Ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici
- ✕ Soggiorni in case di cura e convalescenziari, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti
- ✕ Soggiorni in strutture psichiatriche
- ✕ Infortunio avvenuto precedentemente la sottoscrizione della polizza

Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia sono inoltre esclusi i ricoveri determinati da:

- ✕ Nevrosi, malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale
- ✕ Malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico cruento sempreché siano trascorsi almeno 270 (duecentosettanta) giorni dal perfezionamento della polizza), da interruzione volontaria della gravidanza di cui alla Legge 25/05/1978 n. 194
- ✕ Cure e da interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio), per le cure e protesi dentarie
- ✕ Soggiorni in case di cura e convalescenziari, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia sono inoltre escluse le invalidità permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- ✕ Malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza
- ✕ Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione

Relativamente alla garanzia Rimborso Effetti Personali sono inoltre esclusi i sinistri derivanti da:

- ✕ Eventi diversi da quelli derivanti da aggressione, assalto, atto di terrorismo o sabotaggio
- ✕ Furto, smarrimento o distruzione di mezzi di pagamento ed in particolare denaro, assegni e/o carte di credito
- ✕ Furto, smarrimento o distruzione di documenti di identità e documenti ufficiali
- ✕ Furto, smarrimento o distruzione di dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto
- ✕ Furto, smarrimento o distruzione di telefoni cellulari, audiovisivi, telecamere, video o attrezzature hi-fi

Relativamente alle prestazioni di Assistenza sono inoltre operanti le seguenti limitazioni:

- ✕ L'Impresa sarà responsabile entro i limiti disposti dalle Autorità Locali competenti
- ✕ L'Impresa non potrà, in nessuna circostanza, farsi carico dei servizi di emergenza locali né pagare i costi sostenuti
- ✕ L'Impresa non sarà ritenuta responsabile per mancanza o contrattempo nell'esecuzione degli obblighi derivanti da casi o eventi di forza maggiore quali rivolte, guerra civile, guerra, disordine civile, rivoluzione, sciopero, attacco o sequestro da parte delle forze dell'ordine, pirateria, dirottamento, esplosione di dispositivi, effetti nucleari o radioattivi o impedimento climatico
- ✕ Casi in cui l'Assicurato abbia deliberatamente violato le leggi in vigore nei Paesi in cui sia transitato o in cui abbia soggiornato temporaneamente
- ✕ Eventi accaduti come conseguenza della partecipazione dell'Assicurato, in qualità di concorrente, in competizioni sportive, scommesse, partite, concorsi, rally automobilistici o prove degli stessi, nonché le operazioni di ricerca e soccorso associate ai suddetti eventi

Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa
- ! Il contratto prevede l'applicazione delle seguenti franchigie: Rimborso Spese Mediche una franchigia fissa di € 100; Danno Estetico Permanente una franchigia fissa di € 100; Rischi Sportivi Agonistici da € 0 ad € 500.000 nessun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente non superi il 3%, sulla somma eccedente € 500.000 e fino ad € 750.000 nessun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente superi il 5%, sulla somma eccedente € 750.000 nessun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente superi il 10%
- ! Relativamente alla garanzia Eventi Aziendali, l'Impresa non liquida alcun indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente sia di grado pari o superiore al 3%; qualora, invece, il grado accertato sia superiore al 3%, l'Impresa liquida l'indennizzo per la sola parte eccedente tale soglia
- ! La polizza prevede i seguenti limiti in merito al cumulo di indennità:
  - La garanza Invalidità Permanente da Malattia non è cumulabile con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio,
  - La garanzia Critical Illness non è cumulabile con la garanzia Invalidità Permanente da Malattia
  - La garanzia Contagio da HIV o Epatite B o C o da Lesioni da Agenti Infettivi non è cumulabile con la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio,

- La garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio non è cumulabile con la garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio né, per la componente infortuni, con le garanzie Diario da Ricovero da Infortunio e da Malattia, Diaria da Gessatura e Coma da Infortunio,
- La garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio non è cumulabile con le garanzie Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Gessatura e Coma da Infortunio,
- La componente infortuni della garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia non è cumulabile con le garanzie Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Gessatura e Coma da Infortunio,

! La garanzia Indennità da Gessatura non è cumulabile con la garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio né, per la componente infortuni, con le garanzie Diaria da Ricovero da Infortuni e Malattia, Inabilità Temporanea da Infortunio e Coma da Infortunio

A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche operanti nel settore Life Science ai fini dell'assicurazione dei dipendenti.

Quali costi devo sostenere?

- costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari può variare in funzione del canale di distribuzione. Per questa tipologia di prodotti gli intermediari percepiscono una commissione media pari orientativamente al 21%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf. 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 alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. I reclami possono essere presentati anche all'autorità di vigilanza o all'ente all'uopo preposto del Paese in cui l'Assicuratore ha la propria sede legale (FRA - Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) scegliendo una delle opzioni disponibili al seguente link: https://acpr.banque-france.fr/fr/professionnels/vos-outils-et-services/signaler-lacpr-un-manquement-ou-une-infraction.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Chubb.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia la polizza prevede l'impegno delle Parti a conferire mandato ad un collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, a norma delle Condizioni di Assicurazione. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it.

Regime Fiscale	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le operazioni di assicurazione effettuate interamente in Italia usufruiscono del regime di esenzione Iva, di cui all'articolo 10, n.2 del DPR n. 633/72 che recepisce la Direttiva n. 2006/112/CE e sono soggette ad un'imposta sul premio assicurativo di cui alla Legge n. 1216/1961.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	Se **il Contraente** è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.** Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link (https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf).
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	**Il Contraente** che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, **invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli**, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, **le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate** per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. **Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati** relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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, NÈ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Employee Protection

Contratto di assicurazione Infortuni e Assistenza per i Dipendenti e Collaboratori delle Aziende LIFE SCIENCE

Condizioni di Assicurazione

CHUBB®

Employee Protection

Contratto di assicurazione Infortuni e Assistenza per i Dipendenti e Collaboratori delle Aziende LIFE SCIENCE

CHUBB

Ultimo aggiornamento: Febbraio 2026

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – italy@pec.chubb.com -P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com – www.chubb.com/it

CHUBB

Condizioni di Assicurazione

CAPITOLO 1 – Definizioni

Nel testo che segue, si intendono i seguenti termini e le relative definizioni:

Aggressione o Assalto: Qualunque menomazione fisica o attacco intenzionale subito dall'Assicurato, derivante da un atto deliberato, improvviso e brutale di un'altra persona o gruppi di persone.

Assicurato: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Salvo ove espressamente pattuito, si intendono Assicurati i soggetti:

- dipendenti del Contraente nonché apprendisti, operai, impiegati, funzionari, dirigenti, amministratori, consiglieri e sindaci;
- eventuali persone, indipendentemente dal Paese di residenza, che svolgano una attività remunerata per conto del Contraente, a condizione che abbiano un incarico formale assegnato dal Contraente, oppure siano in grado di produrre altra documentazione che dimostri la collaborazione.

Assicurati Addizionali: Persone fisiche che partecipano ad un evento aziendale organizzato dal Contraente e che non risultano già assicurati con la presente polizza.

Atto di Terrorismo o Sabotaggio: Qualunque azione clandestina che abbia finalità ideologiche e/o politiche, perseguito su base individuale o collettiva, diretto contro persone o enti pubblici o privati al fine di condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone, o fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza o ancora interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.

Beneficiario o Avente diritto: Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato potrà cambiare il beneficiario in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato ciascuno in parti uguali o, in caso di rimborso delle spese sostenute, gli Aventi diritto i quali avranno sostenuto tali spese.

Certificato di assicurazione: Il documento che prova il contratto di assicurazione e che forma parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

Contraente: Il soggetto, persona fisica o giuridica residente/domiciliato in Italia, che stipula il contratto di assicurazione con la Società, e che si obbliga a pagare il premio di polizza.

Condizioni di Assicurazione: Il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali sono prestate ed operanti le coperture assicurative ed i servizi di assistenza.

Coniuge/convivente: Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.

Decadenza: Perdita del diritto alle somme o ai servizi garantiti dal contratto di assicurazione, per mancata conformità dell'Assicurato o del Contraente a determinati obblighi imposti su di essi.

Dipendente: Persona con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.

Esclusione: Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estero: Qualunque territorio o Paese al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

Figlio: Ciascun figlio legittimo o naturale dell'Assicurato o del Coniuge/convivente, a carico dell'Assicurato stesso, come risultante da stato di famiglia.

Franchigia: Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la prestazione erogata o rimborsata dalla Società e che lascia una parte del danno a carico dell'Assicurato.

Franchigia assoluta: La franchigia si definisce assoluta quando il suo ammontare rimane interamente a carico dell'Assicurato, indipendentemente dall'entità del danno subito.

Franchigia relativa: La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

Gessatura Qualsiasi mezzo di contenzione rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.

Inabilità Temporanea	Incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.
Infortunio:	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Invalidità Permanente:	Riduzione definitiva, totale o parziale, di determinate funzioni fisiche, intellettive e/o psicosensoriali dell'Assicurato, a seguito di Infortunio.
Invalidità Permanente Totale:	La totale ed irreversibile perdita di autonomia. Si verifica il caso di Invalidità Permanente Totale quando, come conseguenza di un Infortunio, viene medicalmente confermata l'impossibilità definitiva dell'Assicurato di impegnarsi in attività che gli permettano di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e ricavare sostentamento, creando condizione di necessità di assistenza permanente di una terza persona, per le attività quotidiane ordinarie.
Istituto di Cura:	Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario, casa di cura tutti regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.
Malattia:	Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente/conseguente ad Infortunio.
Malattia improvvisa:	La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non deve essere manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.
Mezzo Pubblico Terrestre:	Qualsiasi mezzo di trasporto terrestre che operi in base a licenza di trasporto a pagamento per passeggeri, ad esclusione dei mezzi noleggiati dall'Assicurato.
Morte:	Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattie gravi: una tra Cancro, Infarto, Ictus o Contagio da HIV o Epatite B o C o a seguito di Lesioni da agenti infettivi.
Paese	Qualunque territorio o paese entro il quale la polizza è operante.
Ricovero ospedaliero:	Il soggiorno imprevisto, a seguito di Infortunio o Malattia, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (un) pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.
Società:	La compagnia di assicurazioni Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.
Sinistro:	Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Struttura Organizzativa:	La struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.
Previdenza sociale:	Istituto sociale che ha come fine la tutela del lavoratore (e dei familiari a suo carico), dai rischi conseguenti a menomazione o a perdita della capacità lavorativa, a causa di eventi predeterminati (naturali o connessi al lavoro prestato).
Trasferta Professionale:	Qualunque viaggio di lavoro intrapreso dall'Assicurato in qualunque Paese Estero del mondo, per conto del Contraente di polizza. Sono ricomprese le partecipazioni a seminari e conferenze, considerate alla stregua dei viaggi di lavoro.

CHUBB

CAPITOLO 2 - Oggetto dell'assicurazione

Art. 1. Ambito di operatività

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni di cui al successivo Art. 48, per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sul Certificato di assicurazione o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato nel Certificato di assicurazione. A titolo esemplificativo e non limitativo, la copertura rischio in itinere viene equiparata all'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza; pertanto anche gli Infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000 – Art. 12, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Art. 2. Estensione di copertura

Ai sensi della presente polizza, oltre alla definizione di Infortunio già riportata al Capitolo 1, sono considerati Infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art. 48 anche:

- le infezioni direttamente derivanti da Infortunio, ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'Infortunio stesso o quelle riconducibili a malattie tropicali;
- l'avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- l'asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori;
- le lesioni fisiche derivanti da Atto di Terrorismo o sabotaggio o Assalto di cui l'Assicurato sia stato vittima, con esclusione nel caso fosse dimostrata una parte attiva in qualità di istigatore o esecutore;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- l'asfissia meccanica, compreso l'annegamento;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione;
- le lesioni muscolari e le ernie traumatiche da sforzo, incluse anche le ernie discali, secondo quanto riportato nel seguente Art. 3.

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi:

- qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica;
  ictus, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

Art. 3. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall' Art. 2 che precede, si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque percento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 10% (dieci percento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'Art. 64 che segue.
Inoltre, nel caso in cui l'Infortunio definito a termini di polizza provocasse una rottura sottocutanea del Tendine di Achille, la Società riconoscerà un indennizzo pari al 2% (due percento) della somma assicurata per Invalidità permanente, ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.
Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di polizza per il caso di Invalidità Permanente.

Art. 4. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso. Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Art. 5. Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, per un periodo massimo di 21 (ventuno) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.
Per ulteriori informazioni sui Paesi a rischio, consultare il sito del Ministero Affari Esteri: www.viaggiaresicuri.it.

Art. 6. Malore

L'assicurazione comprende gli Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza, intendendosi tali gli infortuni che siano causati da malore od incoscienza.

Art. 7. Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti.

CAPITOLO 3 - Prestazioni assicurate e relative limitazioni

SEZIONE INFORTUNI - PRESTAZIONI SEMPRE INCLUSE

Art. 8. Morte da infortunio

In caso di Infortunio che provochi la Morte dell'Assicurato, entro 730 (settecentotrenta) giorni dall'Infortunio stesso, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato sul Certificato di assicurazione ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

Art. 9. Morte presunta

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la Morte, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato sul Certificato di assicurazione ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte della Società, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, la Società avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Art. 10. Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'Infortunio dovesse avere per conseguenza una Invalidità Permanente, e questa si verificasse entro 730 (settecentotrenta) giorni dalla data dell'Infortunio, la Società liquiderà un importo calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Totale Permanente riportata sul Certificato di assicurazione, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella, l'indennità verrà stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato saranno considerate permanentemente immutabili, entro e non oltre 730 (settecentotrenta) giorni dal verificarsi dell'Infortunio. Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nel Certificato di assicurazione allegato alla polizza, identificato come "Franchigia Invalidità Permanente da infortunio", ove presente.

Art. 11. Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

In caso di Infortunio definito a termini di polizza, la Società rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio, per ciascun Assicurato per evento e per periodo assicurativo, entro l'importo indicato sul Certificato di assicurazione.
Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente eventualmente subìto in occasione dell'Infortunio.
La garanzia è prestata con una franchigia fissa di 100,00 (cento) euro per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato. Si specifica inoltre che, qualora l'Assicurato fruisse di ulteriori analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la presente garanzia varrà per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsata.

Art. 12. Supervalutazione incidenti stradali

In caso di Morte dell'Assicurato a seguito di incidente stradale indennizzabile a termini di polizza durante una trasferta o viaggio di lavoro, la Società verserà ai beneficiari un indennizzo aggiuntivo del 25% (venticinque percento) della somma assicurata con un massimo di 50.000 (cinquantamila) euro. In caso di incidente stradale con postumi di invalidità permanente pari o superiori al 50% (cinquanta percento), l'assicuratore aumenterà gli indennizzi erogabili del 25% (venticinque percento) della somma assicurata fino ad un massimo di 50.000 (cinquantamila) euro. Tale indennizzo aggiuntivo è riservato al solo Assicurato beneficiario del presente contratto, ed esclude dalla presente estensione di garanzia qualunque accompagnatore/trasportato a bordo del veicolo al momento del sinistro.

Art. 13. Critical Illness

13.1 Eleggibilità:
La copertura assicurativa di cui al presente contratto è operante nei confronti dell'Assicurato/i che, alla data della Diagnosi abbia:

- Un'età non superiore ai 65 (sessantacinque) anni compiuti
- La malattia non sia conseguenza di una patologia preesistente alla stipula del contratto
- Il sinistro non rientri nelle esclusioni di cui all'Art. 48
- l'Assicurato abbia adempiuto agli obblighi riguardanti la denuncia di sinistro di cui al CAPITOLO 8.

Ai fini della presente copertura, le Malattie Gravi assicurate, si intendono più precisamente Cancro, Attacco cardiaco ed Ictus e sono così definite:

1. Cancro

Un qualsiasi tumore maligno positivamente diagnosticato, con conferma istologica e caratterizzato da una crescita incontrollata di cellule maligne e la conseguente invasione dei tessuti.
Il termine tumore maligno include leucemia, sarcoma e linfoma ad esclusione del linfoma cutaneo (linfoma confinato all'epidermide).
In riferimento alla definizione di cui sopra le seguenti categorie non sono coperte:

- tutti i tumori classificati istologicamente secondo una delle seguenti definizioni:
  - Non invasivo;
  - Cancro in situ;
  - Con cellule con un basso potenziale maligno.
- tutti i tumori della prostata con classificazione istologica in base alla scala Gleason inferiore a 6, oppure i tumori che hanno raggiunto un livello di classificazione clinica TNM inferiore a T2N0M0;
- le leucemie linfatiche croniche con classificazione istologica inferiore allo Stadio A del sistema di Binet; linfocitosi assoluta (linfociti > 5.000 mmc) con assenza di anemia, non trombocitopenia e meno di 3 aree linfonodali coinvolte;
- qualsiasi tumore alla pelle (incluso il linfoma cutaneo) diverso da melanoma maligno e che non sia stato classificato istologicamente come invasore del tessuto inferiore all'epidermide (strato superiore della pelle).

2. Attacco Cardiaco

Necrosi del muscolo cardiaco a causa dell'insufficiente apporto di flusso sanguigno, come riportato nelle seguenti evidenze di infarto miocardico acuto:

- sintomi clinici tipici (ad esempio, angina o caratteristico dolore al petto);
- alterazioni elettrocardiogramma tipiche;
- Il tipico aumento di enzimi cardiaci come di seguito:
  - livelli di Troponina al di là del limite superiore alla norma (dipendente dal metodo di misurazione utilizzato);
  - AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente con il metodo della Troponina I;
  - CPK- MB;
  - S-Mioglobina.

Restano escluse altre sindromi acute coronariche che coinvolgano, ma non esclusivamente, l'angina.

3. Ictus

Necrosi dei tessuti celebrali, a causa di un insufficiente apporto di flusso sanguigno o di un'emorragia intracranica, che comporti un deficit neurologico permanente, con sintomi clinici perduranti, non derivante da infortunio.

13.2 Determinazione del Capitale:

In caso di sinistro indennizzabile per una delle Gravi Malattie sopra menzionate, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà all'Assicurato il capitale forfettario di € 10.000 (diecimila) euro, come riportato sul Contratto di Assicurazione.

13.3 Diritto al Capitale:

La presente garanzia è soggetta ad un periodo di carenza di 90 (novanta) giorni dalla Data di Effetto del Contratto. Inoltre, l'Impresa di Assicurazione corrisponderà il capitale forfettario previsto dalla Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi, come riportato sul Contratto di assicurazione, a condizione che siano trascorsi almeno 30 (trenta) giorni dalla data della prima Diagnosi, trascorsi i quali l'assicurato dovrà dimostrare di essere ancora in vita per ricevere l'indennizzo.

13.4 Beneficiario del Capitale

Beneficiario del capitale è l'Assicurato. Nel caso di premorienza dell'Assicurato, e superato il periodo di qualificazione, l'Impresa di Assicurazione verserà l'indennizzo agli aventi diritto, ai sensi delle disposizioni di legge applicabili in materia di successioni testamentarie o, in mancanza di valido testamento, di successioni ab intestatio.

13.5 Periodi di carenza

Si riepilogano di seguito i periodi di carenza previsti dalla presente assicurazione per ciascuna garanzia:

- Malattie Gravi (Cancro, Attacco cardiaco, Ictus) : 90 (novanta) giorni;

I giorni di carenza di cui sopra si conteggiano dalla data di stipula del Contratto.

13.6 Periodi di qualificazione

Nei casi di:

- Malattie Gravi: 30 (trenta) giorni;

I giorni di qualificazione di cui sopra si conteggiano dalla data della Diagnosi.

Art. 14. Contagio da HIV, Epatite B (HBV) o C (HCV), Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi

Limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il pagamento di un indennizzo forfettario di € 25.000 (venticinquemila) euro a seguito di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B (HBC) o C (HCV) o derivante da ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. anti-HIV-1, HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV, HCV-RNA, ALT
   entro 2 giorni dal presunto contagio per i casi di HIV o Epatite B o C o derivanti da Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi ;

2. anti-HIV-1, HIV-RNA, HCV-RNA, anti-HCV, HBsAg, HBV-DNA, anti-HBc
   a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;

3. anti-HIV-1, HIV-RNA, HCV-RNA, anti-HCV, HBsAg, anti-HBc, HBV-DNA, ALT
   a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2).

Esiti test di cui al punto 1:

- HBsAg positivo, HCV RNA positivo, anti-HIV positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.

- HBsAg negativo, HCV RNA negativo, anti-HIV negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- HBsAg positivo, HBV-DNA positivo, HCV RNA positivo, anti-HCV positivo, anti-HIV positivo, HIV-RNA positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o da Epatite B o C o derivanti da Ferite o soluzioni di continuo della cute e delle mucose da agenti infettivi ;

- HBsAg negativo, HBV-DNA negativo, HCV RNA negativo, anti-HCV negativo, anti-HIV negativo, HIV-RNA negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o da Epatite B o C o derivanti da Ferite o soluzioni di continuo della cute e delle mucose da agenti infettivi;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.

SEZIONE INFORTUNI - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A PAGAMENTO

Art. 15. Coma conseguente a infortunio (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Nel caso in cui l'Assicurato fosse rimasto in stato di coma ininterrotto non indotto o farmacologico, a seguito di Infortunio, per più di 10 (dieci) giorni, la Società erogherà agli aventi diritto un importo di 100 (cento) euro per ciascun giorno trascorso in coma, fino ad un massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni consecutivi. Detto importo verrà considerato a detrazione delle maggiori somme previste in caso di Morte o Invalidità Permanente da Infortunio e/o da somme previste dalla garanzia di cui all'Art. 40 "Recovery Hope".
In caso di coma derivante da Infortunio, la notifica da inoltrare alla Società dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- a richiesta della Società, il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- un certificato medico che dimostri che l'Assicurato si trovi o sia stato in uno stato di Coma ininterrotto.

La Società si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura

Art. 16. Diaria da gessatura (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Qualora, a seguito di Infortunio definito a termini di polizza, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente, la Società liquiderà all'Assicurato stesso l'indennità giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione a partire dall'11° (undicesimo) giorno e fino alla sua rimozione, per un periodo massimo di 45 (quarantacinque) giorni consecutivi.

Art. 17. Diaria da ricovero da Infortunio (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato subisse un Ricovero Ospedaliero in un Istituto di Cura, la Società erogherà all'Assicurato la diaria giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni consecutivi.
Rimangono esclusi dalla presente garanzia ricoveri dovuti a:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio), per le cure e protesi dentarie;
- ragioni cosmetiche, perdita di peso, ringiovanimento, riabilitazione che non sia per ragioni motorie o funzionali, o trattamenti psichiatrici;
- soggiorni in case di cura e convalescenziari, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti;
- soggiorni in strutture psichiatriche;
- Infortunio avvenuto precedentemente la sottoscrizione della polizza.

Per la presente garanzia, la denuncia deve essere fatta nel termine e con le modalità previste al successivo Art. 58.
La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.
La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Art. 18. Diaria da ricovero da Infortunio e da malattia (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

In caso di Ricovero Ospedaliero in un Istituto di Cura, subito dall'Assicurato a seguito di:

- Infortunio a termini di polizza;
- Malattia a termini di polizza;
- parto o interruzione non volontaria della gravidanza;

la Società erogherà all'Assicurato l'indennità giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo di 120 (centoventi) giorni per evento e per anno assicurativo, con il limite comunque di 10 (dieci) giorni per i ricoveri di cui al terzo punto che precede. Per gli Assicurati di età superiore ai 60 (sessanta) anni compiuti anche in corso di contratto, l'indennità giornaliera riconosciuta per il caso di Malattia sarà corrisposta dal 21°(ventunesimo) giorno successivo a quello del ricovero.

La garanzia avrà effetto:

- per gli Infortuni o le Malattie, dalle ore 24.00 del giorno del perfezionamento della polizza;
- per il parto o interruzione non volontaria della gravidanza, dal 271° (duecentosettantunesimo) giorno successivo a quello del perfezionamento della polizza;
- per le Malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, dal 365 (trecentosessantacinquesimo) giorno successivo a quello del perfezionamento della polizza, ad esclusione di quelle non note alla data di stipulazione del contratto.

Sono esclusi i ricoveri determinati:

- da nevrosi, malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale;
- da malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico cruento sempreché siano trascorsi almeno 270 (duecentosettanta) giorni dal perfezionamento della polizza), da interruzione volontaria della gravidanza di cui alla Legge 25/05/1978 n. 194;
- da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o dall'uso di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- da cure e da interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, per applicazione di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio), per le cure e protesi dentarie;
- da soggiorni in case di cura e convalescenziari, termali, elioterapiche, del sonno o detossificanti.

Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di primo ricovero in Istituto di Cura, e la relativa denuncia deve effettuarsi con le modalità indicate all'Art. 61 entro 30 (trenta) giorni successivi alla data di dimissione.

La domanda di liquidazione, corredata della documentazione richiesta, dovrà essere presentata alla Società entro il 30° (trentesimo) giorno successivo a quello in cui la degenza sarà terminata.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata a degenza ultimata su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

La Società potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Art. 19. Inabilità temporanea da infortunio (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Qualora l'Infortunio provocasse una Inabilità Temporanea al lavoro, la Società liquiderà l'indennità giornaliera riportata sul Certificato di assicurazione:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si sarà trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate;
- parzialmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato non avrà potuto attendere, anche in parte, alle sue occupazioni, in relazione al grado che egli ha conservato, o che è andato riacquistando, della sua capacità fisica.

L'indennità per Inabilità Temporanea verrà corrisposta per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni consecutivi, a decorrere dall'11 (undicesimo) giorno successivo a quello dell'infortunio.

La Società cesserà la corresponsione dell'indennità il giorno in cui il trattamento medico dell'Assicurato fosse considerato completo da idonea certificazione medica, o l'inabilità al lavoro fosse terminata, oppure il grado di Invalidità Permanente potrà essere determinato, o ancora con la morte dell'Assicurato. Se alla fine delle cure mediche l'Assicurato si dichiarasse ancora inabile al lavoro, la Società sarà obbligata a continuare la corresponsione dell'indennità solo nel caso in cui la continuazione di detta incapacità sarà dichiarata da adeguata certificazione medica, preparata ed inviata alla Società stessa a periodi non superiori a 14 (quattordici) giorni consecutivi.

Art. 20. Invalidità permanente da malattia (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

La presente garanzia si intende prestata per il caso di Invalidità Permanente da malattia, conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di effetto della polizza, e manifestatasi non oltre 1 (un) anno dalla sua cessazione.

Ai fini dell'operatività della garanzia è necessario presentare il questionario anamnestico compilato in ogni sua parte, prima della sottoscrizione della polizza; in mancanza di ciò, la copertura descritta al presente articolo non potrà essere prestata. Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con il rilascio del certificato medico attestante la Malattia che possa provocare l'Invalidità Permanente, e la relativa denuncia alla Società dovrà essere effettuata con le modalità indicate all'Art. 61 entro 30 (trenta) giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre 1 (un) anno dalla cessazione del contratto.

Sono escluse dalla copertura le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza.

Sono inoltre sempre escluse le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione.

In caso di Malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado non inferiore al 25% (venticinque percento) la Società erogherà un'indennità calcolata sulla somma assicurata riportata sul Certificato di assicurazione, in base alle seguenti percentuali:

I.P. accertata	*I.P. da liquidare*	I.P. accertata	*I.P. da liquidare*	I.P. accertata	*I.P. da liquidare*	I.P. accertata	*I.P. da liquidare*	I.P. accertata	*I.P. da liquidare*	I.P. accertata	*I.P. da liquidare*
25%	*1%*	32%	*15%*	39%	*29%*	46%	*43%*	53%	*61%*	60%	*82%*
26%	*3%*	33%	*17%*	40%	*31%*	47%	*45%*	54%	*64%*	61%	*85%*
27%	*5%*	34%	*19%*	41%	*33%*	48%	*47%*	55%	*67%*	62%	*88%*
28%	*7%*	35%	*21%*	42%	*35%*	49%	*49%*	56%	*70%*	63%	*91%*
29%	*9%*	36%	*23%*	43%	*37%*	50%	*52%*	57%	*73%*	64%	*94%*
30%	*11%*	37%	*25%*	44%	*39%*	51%	*55%*	58%	*76%*	65%	*97%*
31%	*13%*	38%	*27%*	45%	*41%*	52%	*58%*	59%	*79%*	66% e oltre	*100%*

Nessun indennizzo spetterà quindi all'Assicurato qualora il grado di Invalidità Permanente accertata fosse di grado pari o inferiore al 24% (ventiquattro percento). Il grado di Invalidità Permanente verrà valutato non prima che sia decorso 1 (un) anno dalla data della manifestazione della Malattia ed entro e non oltre 18 (diciotto) mesi dalla data di denuncia alla Società. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza. L'accertamento medico legale verrà effettuato congiuntamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di Invalidità Permanente. In caso di controversia vale quanto previsto dal successivo Art. 67.

Art. 21. Rimborso effetti personali (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Nel caso in cui l'Assicurato fosse vittima di Aggressione, Assalto, Atto di terrorismo o Sabotaggio e, durante tale azione subisse danni a vestiti ed accessori (orologi, gioielli, pelletteria) indossati, la Società indennizzerà l'Assicurato fino a 1.000,00 (mille) euro con il limite di 150,00 (centocinquanta) euro per singolo oggetto, al fine di consentire all'Assicurato stesso di sostituire i vestiti e/o gli accessori personali danneggiati. L'indennizzo di tali beni avverrà dietro presentazione di giustificativo e di denuncia effettuata presso le competenti autorità. Detto indennizzo non avrà comunque luogo:

- per eventi diversi da quelli derivanti da Aggressione, Assalto Atto di terrorismo o Sabotaggio;
- per furto, smarrimento o distruzione di mezzi di pagamento ed in particolare denaro, assegni e/o carte di credito;
- per furto, smarrimento o distruzione di documenti di identità e documenti ufficiali;
- per furto, smarrimento o distruzione di dentiere, occhi artificiali e altre protesi, occhiali e lenti a contatto;
- per furto, smarrimento o distruzione di telefoni cellulari, audiovisivi, telecamere, video o attrezzature hi-fi.

Art. 22. Spese funerarie (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Nel caso di morte dell'Assicurato, indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborserà agli Aventi diritto le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione dell'Assicurato stesso, entro il limite massimo di 5.000,00 (cinquemila) euro.

Art. 23. Rimborso costi di assistenza psicologica (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

In caso di Morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, o in caso di lesioni personali conseguenti a un Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto, la Società rimborserà all'Assicurato il costo delle consulenze di uno psicologo, fino alla somma di 2.000 (duemila) euro per evento. Detto rimborso verrà erogato all'Assicurato o, in caso di decesso dello stesso, ai Beneficiario o agli Aventi diritto.

Art. 24. Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'assicurato (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente almeno superiore al 33% (trentatré percento), la Società erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva fino al 15% (quindici percento) della somma assicurata per Invalidità permanente entro il limite aggiuntivo di 15.000 (quindicimila) euro. Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto dietro presentazione di:

- fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- fatture relative alle opere di modifica/attrezzatura del veicolo abitualmente utilizzato dall'Assicurato, per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla propria perdita di autonomia.

Art. 25. Eventi Aziendali (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

La presente garanzia vale solo per gli Infortuni occorsi agli Assicurati Addizionali, esclusivamente all'interno dei siti aziendali, previa esplicita richiesta del Contraente, mentre gli stessi stiano partecipando all'evento aziendale organizzato dal Contraente. L'estensione non opera nel caso in cui l'attività principale del Contraente sia l'organizzazione di eventi e/o manifestazioni.
Per evento aziendale si intende l'evento, la manifestazione ufficiale o l'esibizione organizzati dal Contraente, della durata massima di 12 (dodici) ore continuative a cui partecipino dipendenti del Contraente e terzi (a titolo di esempio: cene aziendali, meeting, giornate aziendali, congressi, convegni, corsi, ecc.). La copertura sarà operante per tutto il tempo in cui gli Assicurati Addizionali parteciperanno alla manifestazione nei locali e negli spazi a questa adibiti, indipendentemente dall'attività che essi svolgano. La copertura si intende operante per i casi di Morte ed Invalidità Permanente da infortunio, avente la somma assicurata pre-determinata ciascuna in 100.000,00 (centomila) euro per ciascun Assicurato Addizionale. A maggior definizione di questa estensione, indipendentemente dalla franchigia riportata sul Certificato di assicurazione, viene

convenuto che non si farà luogo ad alcun indennizzo per gradi pari od inferiori al 3% (tre percento). Qualora il grado accertato di Invalidità Permanente superasse il 3% (tre percento) l'indennizzo verrà corrisposto per la sola parte eccedente tale soglia, che rimarrà a carico dell'Assicurato Addizionale. Qualora il grado di Invalidità Permanente superasse il 10% (dieci percento), l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia. Per l'attivazione della presente estensione di copertura il Contraente dovrà comunicare per iscritto alla Società, tramite fax o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 (ventiquattro) ore prima dell'inizio dello stesso. In caso la richiesta preveda elementi difformi da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta alla Società almeno 2 (due) giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento.
La Società in questi casi si riserva il diritto di accettare le variazioni richieste confermandole per iscritto.
Per la denuncia dell'Infortunio vale quanto stabilito al successivo Art. 61. Si precisa tuttavia che la Società non procederà ad alcun indennizzo in mancanza di una dichiarazione scritta rilasciata dal Contraente che attesti la partecipazione all'evento della persona fisica in qualità di Assicurato Addizionale.

SEZIONE ASSISTENZA - PRESTAZIONI AGGIUNTIVE A PAGAMENTO

Art. 26. Assistenza amministrativa

In caso di Morte da Infortunio dell'Assicurato avvenuto nel corso di una Trasferta Professionale, la Struttura Organizzativa fornirà assistenza al Coniuge/convivente e /o ai Figli a carico dell'Assicurato, nella gestione delle incombenze amministrative immediatamente successive al decesso.
L'Assistenza riguarda informazioni per:

- conti bancari o generiche posizioni di risparmio;
- datore di lavoro e Ente di formazione secondaria o superiore;
- assicurazioni;
- eredità;
- servizi, abbonamenti o contratti di locazione (elettricità, gas, acqua, telefono, televisione);
- oneri fiscali.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano, e nei limiti della vigente legislazione italiana.

Art. 27. Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessitasse di una consulenza medica a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è fornito 24 ore su 24, 7 gg la settimana.
Rimane inteso che la Struttura Organizzativa non si sostituirà al servizio di guardia medica né al servizio nazionale del Paese in cui l'Assicurato si trovasse, per la gestione delle urgenze.

Art. 28. Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente almeno superiore al 33% (trentatré percento), la Struttura Organizzativa fornirà un servizio di consulenza specialistica per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana. Tale supporto comprende:

- informazioni sulle organizzazioni di assistenza sociale e il godimento dei propri diritti;
- informazioni sul rimborso delle spese mediche e di ospedalizzazione;
- informazioni sulle indennità giornaliere e le misure da adottare con il datore di lavoro;
- informazioni sulle rendite e pensioni di disabilità;
- informazioni sugli uffici per gli assegni familiari e i servizi sociali;
- informazioni sulla guida per i disabili;
- informazioni sui numeri di telefono utili in Italia;
- informazioni sugli indirizzi di varie associazioni;
- informazioni sull'adattamento della casa al tipo di handicap e/o disabilità dell'Assicurato;
- informazioni sulla consulenza in materia di attrezzature e/o protesi mediche;
- informazioni su come entrare in contatto con terapisti occupazionali;
- informazioni su come entrare in contatto con professionisti immobiliare specializzati nella conversione edilizia;
- informazioni sulle questioni di benessere sociale.

La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

Art. 29. Invio di un medico (in Italia, oltre 50 km di distanza dalla residenza dell'assicurato)

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio definito a termini di polizza avesse necessità di reperire urgentemente un medico e non riuscisse a mettersi in contatto con il proprio medico curante, dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne uno convenzionato nel luogo in cui l'Assicurato si trovasse.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente la Struttura Organizzativa organizzerà in via sostitutiva il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. La struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi.
La prestazione sarà fornita massimo, per ciascun Assicurato, con un massimo di 2 (due) volte durante per ciascuna annualità assicurativa.

Art. 30. Invio di un medico (all'Estero, durante una trasferta professionale)

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio definito a termini di polizza avesse necessità di reperire un medico potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne uno convenzionato. In caso di impossibilità di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, sostenendone i costi, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa, il motivo della sua richiesta e specificare la località in cui si trova, indirizzo ed il recapito telefonico. La prestazione sarà fornita massimo, per ciascun Assicurato, con un massimo di 2 (due) volte durante per ciascuna annualità assicurativa.

Art. 31. Supporto psicologico

In caso di Morte da Infortunio dell'Assicurato avvenuto nel corso di una Trasferta Professionale, la Struttura Organizzativa organizzerà, sostenendone i costi, il necessario sostegno psicologico al Coniuge/convivente e/o ai Figli a carico dell'Assicurato.
Il servizio, gestito telefonicamente mediante uno degli psicologi della Struttura Organizzativa, fornirà il supporto medico-psicologico per affrontare il disagio subito a causa dell'evento luttuoso. Lo psicologo aiuterà inoltre a identificare, valutare e mobilitare le risorse personali familiari, sociali e mediche al fine di aiutarli nel superamento del momento difficile. Il contatto e le interviste saranno effettuate in totale sicurezza e in conformità con i codici deontologici della professione di psicologo/psicoterapeuta. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico fino ad un massimo di 2 (due) interviste telefoniche. Qualora la situazione richiedesse un periodo di follow- up più lungo da parte di un medico generico, lo psicologo indirizzerà i pazienti al proprio medico curante.
La prestazione è valida nel solo territorio italiano.

Art. 32. Trasporto/rimpatrio delle spoglie

In caso di Morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa predisporrà, sostenendone i costi, il trasporto del corpo dell'Assicurato presso il proprio domicilio.
Il costo del feretro o dell'urna cineraria è coperto fino a un massimo di 3.000 (tremila) euro.
Tale servizio è valido anche nel caso di trasporto delle spoglie che siano state temporaneamente tumulate secondo quanto previsto dalle prassi e dai requisiti locali, al fine di essere tumulato nuovamente o cremato nel Paese di residenza dell'Assicurato.
Eventuali costi sostenuti per il funerale o la cremazione dell'Assicurato non saranno oggetto di alcun rimborso.

Art. 33. Esclusioni specifiche nelle prestazioni di assistenza

Fatte salve le esclusioni specificate nelle Condizioni di Assicurazione riportate all'Art. 48, si intendono altresì operanti le seguenti limitazioni:

- la Struttura Organizzativa sarà responsabile entro i limiti disposti dalle Autorità Locali competenti;
- la Struttura Organizzativa non potrà, in nessuna circostanza, farsi carico dei servizi di emergenza locali né pagare i costi sostenuti;
- la Struttura Organizzativa non sarà ritenuta responsabile per mancanza o contrattempo nell'esecuzione degli obblighi derivanti da casi o eventi di forza maggiore quali rivolte, guerra civile, guerra, disordine civile, rivoluzione, sciopero, attacco o sequestro da parte delle forze dell'ordine, pirateria, dirottamento, esplosione di dispositivi, effetti nucleari o radioattivi o impedimento climatico;
- la Struttura Organizzativa non sarà responsabile nei casi in cui l'Assicurato abbia deliberatamente violato le leggi in vigore nei Paesi in cui sia transitato o in cui abbia soggiornato temporaneamente.

Saranno esclusi inoltre gli eventi accaduti come conseguenza della partecipazione dell'Assicurato, in qualità di concorrente, in competizioni sportive, scommesse, partite, concorsi, rally automobilistici o prove degli stessi, nonché le operazioni di ricerca e soccorso associate ai suddetti eventi.
Le prestazioni di assistenza non sono intese come indennizzo, ma consistono essenzialmente nell'offerta di servizi/prestazioni in natura. Di conseguenza, i servizi/prestazioni non reclamati durante la Trasferta Professionale o Missione e che non siano stati organizzati dalla Struttura Organizzativa, non daranno diritto ad alcun rimborso o compensazione.

CAPITOLO 4 - Estensioni di copertura

SEZIONE INFORTUNI - ESTENSIONI SEMPRE OPERANTI

Art. 34. Anticipo indennizzi per invalidità permanente

Trascorsi 60 (sessanta) giorni dal termine delle cure mediche relative ad Infortunio indennizzabile a termini di polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi invalidanti, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo alla Società pari al 50% (cinquanta percento) del presunto ammontare indennizzabile per Invalidità Permanente, con il massimo di 150.000,00 (centocinquantamila) euro, da conguagliarsi successivamente in sede di definitiva liquidazione del sinistro. L'anticipo verrà liquidato entro 30 (trenta) giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte della Società, il grado di Invalidità Permanente residuato dopo le cure mediche non sia inferiore al 20% (venti percento).

Art. 35. Aspettativa

La garanzia assicurativa si intende estesa al personale dipendente che per qualsiasi motivo possa essere in aspettativa per Malattia, Infortunio o maternità, cassa integrazione, sia senza retribuzione che con retribuzione ridotta. Per la determinazione dei capitali assicurati si farà riferimento alla retribuzione annua di fatto virtuale riferita al momento dell'Infortunio.
Per retribuzione di fatto virtuale si intende la retribuzione equivalente a quella che sarebbe stata corrisposta qualora il dipendente fosse stato regolarmente in servizio al momento dell'Infortunio con i criteri di cui all'Art. 54 (Regolazione del premio) comma 1, che qui viene confermato e che il Contraente si impegna ad integrare e a comunicare nei termini dell'Art. 54 (Regolazione del premio).
La presente estensione si intende operante nel solo caso in cui le coperture siano attive 24 ore.

Art. 36. Attività temerarie

In caso di Morte o Invalidità Permanente derivante da Infortunio a termini di polizza, a causa di una delle seguenti attività:

- alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala U.I.A.A.;
- speleologia effettuata in solitario;
- immersione con autorespiratore oltre i 18 (diciotto) metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia)

verrà applicato un sotto limite pari al 50% (cinquanta percento) della somma assicurata come riportata sul Certificato di assicurazione prevista per le sole attività extraprofessionali, con il massimo di 100.000,00 (centomila) euro, salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione il presente sotto limite.
Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

Art. 37. Commorienza del coniuge

Qualora il medesimo Infortunio provocasse la Morte dell'Assicurato e del suo Coniuge o convivente separato, e nel caso in cui i Figli minorenni conviventi risultassero unici beneficiari della polizza, la Società erogherà il capitale assicurato per il caso Morte aumentato del 100% (cento percento) entro il limite aggiuntivo di ulteriori 100.000,00 (centomila) euro. Ai Figli minorenni verranno equiparati i Figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60% (sessanta percento).
La presente estensione di garanzia non si applica nei casi di rischio volo.

Art. 38. Danno estetico permanente

Qualora l'Assicurato subisse conseguenze di carattere estetico a seguito di Infortunio definito a termini di polizza che tuttavia non comportasse indennizzo a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà all'Assicurato stesso un importo fino al massimo di 5.000,00 (cinquemila) euro per evento per le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.
La garanzia è prestata con una franchigia fissa di 100,00 (cento) euro per evento, importo che rimarrà quindi a carico dell'Assicurato.

Art. 39. Clausola dirigenti

Per gli Assicurati aventi la qualifica di dirigente presso il Contraente, l'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali intendendo come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, che si manifestino nel corso della validità del presente contratto, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% (dieci per cento) della capacità totale. Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche. Il Contraente dichiara che all'atto del perfezionamento del presente contratto i dirigenti da ritenersi assicurati non sono oggetto di o presentano alcuna manifestazione morbosa riferibile alle predette malattie. In aggiunta a quanto sopra, l'assicurazione vale anche per gli Infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, esclusi comunque il paracadutismo e gli sport aerei in genere.

Art. 40. Incidenti su mezzi pubblici di trasporto

Nel caso di Infortunio avvenuto a bordo di un Mezzo Pubblico di trasporto terrestre, che provochi la Morte o postumi di Invalidità Permanente pari o superiori al 50% (cinquanta percento) all'Assicurato trasportato quale passeggero, la Società erogherà la somma assicurata aumentata del 25% (venticinque percento) e comunque entro il limite aggiuntivo di 100.000 (centomila) euro.

Art. 41. Infortuni cagionati da colpa grave

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile e di quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, la garanzia assicurativa si intende estesa anche agli Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato ad esclusione degli infortuni derivanti da Contagio da HIV o Epatite B o C o a seguito di Lesioni da agenti infettivi.

Art. 42. Malattie tropicali

La Società ed il Contraente convengono che, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, la garanzia è estesa alle malattie tropicali di cui gli Assicurati fossero colpiti durante il soggiorno in tutto il Mondo e con l'intesa che per malattie tropicali devono intendersi esclusivamente quelle di seguito riportate: amebiasi, chikungunya, colera, encefalite giapponese, febbre gialla, filariosi, leishmaniosi, schistosomiasi, tripanosmiasi. Rimane inteso che:

- tale a garanzia è subordinata alla circostanza che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi;
- la valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati nel Certificato di assicurazione per il caso di Invalidità Permanente;
- le somme assicurate per la presente garanzia si intendono le stesse previste per il caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, fermo restando il limite massimo assicurabile di 500.000,00 (cinquecentomila) euro;
- non si farà luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente fosse pari o inferiore al 20% (venti percento), mentre se il grado di Invalidità Permanente risultasse superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma delle presenti disposizioni per il rischio delle malattie tropicali, viene fissato insindacabilmente in 2 (due) anni dal giorno della denuncia della malattia.

Art. 43. Recovery Hope

La Società riconosce, a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario o degli Aventi diritto, il pagamento di un indennizzo alternativo e sostitutivo a quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

1. l'ammontare dell'indennizzo a titolo di Recovery Hope sarà pari all'indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario o agli Aventi diritto l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni di seguito definite;
2. potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope qualora:
    a. l'Assicurato fosse rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 (centottanta) giorni;
    b. fosse stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 (centottanta) giorni continuativi e ininterrotti.
    In entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere effettuata alla Società, a pena di Decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 (centottanta) giorni di coma, e
    c. fosse stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell'Art. 58, su tale stato;
3. la domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, corredata sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, con le modalità e gli effetti previsti dal presente articolo, ivi compresi quelli qui di seguito specificati;
4. a partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà, e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere al Beneficiario o agli Aventi diritto, né per morte né per Invalidità Permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.
    Nell'ipotesi in cui entro 730 (settecentotrenta) giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope l'Assicurato dovesse uscire dallo stato di coma, la Società dietro richiesta dell'Assicurato stesso, o a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente), erogherà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci percento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di 50.000 (cinquantamila) euro.
    Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni, e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art. 61 su tale stato.

Art. 44. Rischi sportivi agonistici

L'assicurazione si applica anche durante l'esercizio delle pratiche sportive non professionali in genere, svolte a scopo agonistico. Restano pertanto escluse dall'introduzione delle seguenti franchigie tutte quelle attività ricreative non escluse dalle Condizioni di Assicurazione e per le quali l'Assicurato non percepisce alcuna forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese.
Sugli infortuni sportivi verrà applicata la seguente franchigia:

- da 0 (zero) euro e fino a 500.000,00 (cinquecentomila) euro, non si corrisponderà alcun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente accertato non superasse il 3% (tre percento);
- sulla somma eccedente 500.000,00 (cinquecentomila) euro e fino a 750.000,00 (settecentocinquantamila) euro non si corrisponderà alcun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente accertato non superasse il 5% (cinque percento);
- sulla somma eccedente 750.000,00 (settecentocinquantamila) euro non si corrisponderà alcun indennizzo se il grado di Invalidità Permanente accertato non superasse il 10% (dieci percento).

Ne consegue che se l'Invalidità Permanente superasse rispettivamente le percentuali del 3% (tre percento), del 5% (cinque percento) e del 10% (dieci percento), sempre nel rispetto dei limiti sopra indicati, verrà corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente dette percentuali. Resta inteso che per i rischi sportivi ricreativi permarranno le franchigie riportate nel Certificato di assicurazione.

Art. 45. Responsabilità civile del contraente

Poiché la presente polizza è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse, quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i Beneficiari o gli aventi diritto non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza, ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di indennizzo a titolo di responsabilità civile, gli importi erogabili dalla Società, nella loro interezza, verranno accantonati per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Art. 46. Supervalutazione invalidità permanente

In caso di perdita totale bilaterale della vista o dell'udito, o della voce, a seguito di Infortunio a termini di polizza, la Società liquiderà un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella D.P.R. 30/06/ N. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza, con il massimo del 100% (cento percento) della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente.
In tutti gli altri casi di Infortunio che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 66% (sessantasei percento), o altro grado riportato sul Certificato di assicurazione, la Società liquiderà un indennizzo pari al 100% (cento percento) della somma assicurata.

CAPITOLO 5 - Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

Art. 47. Limite catastrofale

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, l'importo totale dell'indennizzo della Società non potrà superare 30.000.000 (trenta milioni) di euro a seguito di un evento in volo o in mare, 50.000.000 (cinquanta milioni) di euro a seguito di un evento a terra.
Qualora l'accumulo di tutte le prestazioni da riconoscere dovesse superare tali somme, gli indennizzi saranno ridotti in proporzione al numero delle vittime e corrisposti proporzionalmente in base alla somma assicurata per ciascuno di essi.

Art. 48. Esclusioni di copertura

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni derivanti da:

- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 5;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della Scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- arruolamento - dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale; restano comunque inclusi nella copertura assicurativa gli infortuni occorsi durante i richiami per esercitazioni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio.

Relativamente alla garanzia di cui all'Art. 13 – Critical Illness Malattie gravi: Cancro, Attacco cardiaco, Ictus –
Esclusioni Specifiche
La Polizza non prevede il pagamento di alcuna Prestazione nel caso di Malattie Gravi insorte nei tre mesi successivi alla stipula della Polizza (periodo di carenza).
Inoltre non sono coperte le Malattie Gravi direttamente o indirettamente correlate a una condizione patologica pregressa. Per condizione patologica pregressa si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato abbia presentato sintomi, abbia consultato un medico o assunto un trattamento farmacologico, o della cui esistenza sia stato a conoscenza alla decorrenza della polizza o in precedenza.
Questo significa che:

- Qualora l'assicurato abbia sofferto prima della stipula della polizza di una delle Malattie Gravi coperte, questi non avrà diritto ad alcun risarcimento nel caso in cui venga diagnosticata la stessa malattia.
- Non verrà erogata alcuna prestazione nel caso in cui l'Assicurato abbia sofferto di una condizione patologica collegata alla Malattia Grave oggetto del sinistro o abbia ricevuto cure o effettuato esami per motivi che possano essere ricondotti alla stessa Malattia Grave.

In corrispondenza ad ogni Malattia Grave coperta, cioè ictus, attacco cardiaco, cancro, si considerano condizioni patologiche pregresse direttamente o indirettamente collegate, tra le altre:

- Cancro

Tumore o patologia maligna, allo stadio iniziale oppure pre cancerosa, leucemia o malattia di Hodgkin, poliposi intestinale, papilloma della vescica, malattia di Crohn, colite ulcerosa o pap test anomalo o qualsiasi tipo di carcinoma in situ.

- Ictus

Ipertensione, qualsiasi valvulopatia cardiaca, attacchi ischemici transitori, aneurisma endocranico o qualsiasi arteriopatia ostruttiva /occlusiva (arteriosclerosi), diabete.

- Attacco cardiaco, chirurgia cardiovascolare

Qualsiasi malattia o disturbo cardiaco, ipertensione o qualsiasi arteriopatia occlusiva / ostruttiva (arteriosclerosi) e diabete.

Relativamente alla garanzia di cui all'Art 14 - Contagio da HIV, Epatite B o C o Ferite o soluzioni di continuo della cute e delle mucose da agenti infettivi, restano esclusi i:

- Contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dal punto 1 dell'Art. 14) Contagio da HIV, Epatite B o C;
- Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue…)
- Epatiti alcoliche;

Avvertenza
L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali.

Art. 49. Persone non assicurabili - limite d'età

a) Sezione Infortuni:

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.
In caso di Infortunio, l'indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.
L'assicurazione cessa al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno d'età di ciascun Assicurato. Tuttavia, a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale a condizioni da concordarsi, previa presentazione almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza stessa, di un certificato medico attestante buona salute e relativa contestuale approvazione da parte della Società formulata a proprio insindacabile giudizio mediante emissione di apposita appendice di rinnovo.
Resta ferma tuttavia la facoltà dell'Assicurato che abbia compiuto 75 (settantacinque) anni di età, di procedere al rinnovo tacito dell'assicurazione, anche senza presentazione del certificato medico attestante buona salute, attraverso il pagamento del medesimo premio

corrisposto nell'anno precedente. In tal caso le prestazioni si intenderanno ridotte, a parità di premio, al 50% (cinquanta percento) delle somme originariamente assicurate, entro il limite di 450.000 (quattrocentocinquantamila) euro e, a partire dal compimento dell'80° (ottantesimo) anno di un ulteriore 50% (cinquanta percento), entro il limite di 250.000 (duecentocinquantamila) euro.

b) Sezione Malattia:

L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 65 (sessantacinque) anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 65° (sessantacinquesimo) anno di età;
- per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni;
- durante i soggiorni in un territorio dove, al momento della partenza, sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente;

Art. 50. Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art. 51. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Art. 52. Cumulo di indennità

L'indennità per Inabilità Temporanea da Infortunio è cumulabile con quella per Morte da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio. Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'indennità fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.
Inoltre:

- Invalidità permanente da malattia: la garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità permanente da infortunio";
- Critical Illness: la garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità permanente da malattia";
- Contagio da HIV o Epatite B o C o da Lesioni da agenti infettivi: la garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità permanente da infortunio";
- Inabilità temporanea da Infortunio: detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per "Diaria da ricovero da infortunio", per la componente infortuni della garanzia "Diaria da ricovero da infortunio e da malattia", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- Diaria da ricovero da Infortunio: detta garanzia non è cumulabile con la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- Diaria da ricovero da Infortunio e malattia: relativamente alla componente infortuni di questa garanzia, la stessa non è cumulabile con la garanzia "Inabilità temporanea da infortunio", "Diaria da gessatura" e "Coma da infortunio";
- Indennità da Gessatura: detta indennità non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per "Diaria da ricovero da infortunio" dalla componente infortuni della "Diaria da ricovero da infortuni e malattia", "Inabilità temporanea da infortunio" e "Coma da infortunio".

CAPITOLO 6 - Premio di assicurazione

Art. 53. Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi stabiliti nel Certificato di assicurazione. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il

premio risulterà pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto.
Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 (trecentosessantacinque) giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Art. 54. Regolazione del premio (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

Fermo il premio minimo di polizza, stabilito in 250 (duecentocinquanta) euro, se il premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto sul Certificato di assicurazione ed è poi regolato alla fine di ogni periodo assicurativo secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito riportato nel Certificato di assicurazione. A tale scopo entro le scadenze definite in base al tipo di regolazione come seguenti, devono essere forniti per iscritto alla Società i dati necessari.
Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate nei trenta giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti, o il pagamento delle differenze attive dovute, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente e di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La Società ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il premio consuntivo risultasse superiore al 50% (cinquanta percento) rispetto a quello anticipato, la Società avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dall'annualità immediatamente successiva, portandolo ad un importo non inferiore all'80% (ottanta percento) dell'ultimo premio consuntivo.

1) *Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni:*

Agli effetti assicurativi per retribuzione si intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni, esclusi gli assegni familiari. Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente il mese in cui si è verificato l'infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese) moltiplicata per quattro; a tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei dodici mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, indennità di trasferta, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i 90 (novanta) giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 (trecentosessanta) la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio e considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli. Il tasso di premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto. Al premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le tasse governative. Il premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione pure specificato nel conteggio di liquidazione. Il Contraente ha l'obbligo di comunicare alla Società per iscritto i dati necessari, entro 60 (sessanta) giorni dalla fine di ogni periodo assicurativo. Nel caso di mancata comunicazione di tali dati, la Società procederà ad emettere il conteggio di regolazione utilizzando i dati già in proprio possesso e relativi all'annualità precedente. Nel caso in cui la Società non avesse tali dati, verrà emessa una regolazioni pari al 20% del premio pattuito alla data di emissione della polizza.

2) *Assicurazione a libro matricola:*

La garanzia assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle Categorie indicate nello stato di rischio. Le variazioni di rischio, aggiunte e diminuzioni,

dovranno essere immediatamente comunicate alla Società e/o al Broker a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che il Contraente farà pervenire alla Società o al Broker. Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per capitali superiori a quelli indicati nello stato di rischio. Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di rischio per età, difetti fisici, malattie, mutilazioni ecc. o esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo conferma scritta da parte della Società.
Al termine di ogni annualità assicurativa, o del minor periodo di durata pattuito, si procederà alla regolazione del premio definitivo in base ai tassi di premio convenuti ed ai capitali assicurati.

In entrambe le possibilità di regolazione, si conviene che le differenze attive risultanti comunicate dalla Società al Contraente dovranno essere pagate nei 30 (trenta) giorni dalla relativa comunicazione. Qualora il Contraente non effettuasse il pagamento della differenza attiva dovuta nel termine predetto, la Società potrà fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 (quindici) giorni trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive verrà considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non avrà avuto luogo il pagamento della differenza attiva. In questo caso, l'assicurazione resterà sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente avrà adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

CAPITOLO 7 - Effetto e durata del contratto

Art. 55. Rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per 365 (trecentosessantacinque) giorni e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Art. 56. Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro conseguente ad Infortunio, denunciato ai termini di polizza, e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata.
Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte della Società.
Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 (trenta) giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte del Contraente. In tutti i casi entro il 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.
Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti, non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.
Relativamente ad ogni sinistro conseguente a malattia, la Società potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il contratto assicurativo fosse stato stipulato da meno di 730 (settecentotrenta) giorni.
In ogni caso, ferme le limitazioni di cui sopra, le parti hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

Art. 57. Deroga tacito rinnovo (se richiamato nel Certificato di assicurazione)

A deroga di quanto disposto dall'Art. 55 delle Condizioni di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

CAPITOLO 8 - Denuncia di sinistro

Art. 58. Denuncia di sinistro

La denuncia di ogni sinistro deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società.

Art. 59. Attivazione prestazioni in materia di assistenza, servizi e sicurezza

Servizi in materia di assistenza
Affinché possano essere applicati i servizi di assistenza personale, l'Assicurato deve prima di qualunque intervento che coinvolga le prestazioni offerte, prendere contatto con la Struttura Organizzativa al numero unico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7:

- 0039 02 24128 778

indicando il proprio Nome e Cognome, il riferimento della Contraente, fornendo inoltre l'indirizzo ed il recapito telefonico del luogo di soggiorno.

Art. 60. Dichiarazioni del contraente - decadenza

Non sarà riconosciuto alcun indennizzo nei seguenti casi:

- sinistri denunciati alla Società dopo 5 (cinque) giorni dal loro accadimento, laddove tale ritardo comporti il peggioramento dell'evento conseguente al sinistro stesso;
- rilascio intenzionale di informazioni false o alterazione di documenti probatori, con l'intenzione di frodare la Società: decadrà qualunque diritto alla copertura per sinistri pur indennizzabili ai sensi di polizza;
- ritardi nell'assunzione di misure utili a limitare le conseguenze dell'evento dannoso e ad accelerare il recupero dell'Assicurato, che dovrà sottoporsi alle cure mediche richieste dalla sua condizione. L'Assicurato perderà qualunque diritto alla copertura in caso di mancato rispetto del proprio impegno per limitare l'entità del danno o la gravità dello stato di malattia;
- rifiuto ingiustificato nell'accesso all'Assicurato, da parte del medico della Società al fine di valutarne la condizione. Qualunque rifiuto ingiustificato di sottoporsi a tale esame, in seguito a notifica formale tramite posta raccomandata, farà decadere il diritto all'indennizzo per l'Assicurato.

Art. 61. Procedure per la denuncia di sinistro

61.1 *sezione infortuni:*

L'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro 15 (quindici) giorni dall'Infortunio stesso o dal momento in cui i Beneficiari o Aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'Infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le 24 (ventiquattro) ore successive. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

61.2 *sezione malattia:*

L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi Malattia che, secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; la denuncia deve essere effettuata entro 30 (trenta) giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre 1 (un) anno dalla cessazione della polizza. La Società si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura.

61.2.1 *Denuncia del presunto contagio*

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro quindici giorni dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dall'Art.14 Capitolo 3 che precede.

61.2.2 *Denuncia Critical Illness (Malattie Gravi : Cancro, Attacco cardiaco, Ictus)*

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro quindici giorni o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro deve essere corredata da:
copia del documento di identità e del codice fiscale;
copia originale della cartella clinica da cui si evince la data della diagnosi.

61.3 *Diaria in caso di ricovero da infortunio o da malattia:*

La domanda di liquidazione deve essere presentata alla Società, a pena di Decadenza della garanzia, entro il 30° (trentesimo) giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.
La notifica dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- un certificato medico a dimostrazione del ricovero dell'Assicurato.

61.4 *Recovery hope:*

La comunicazione di cui al punto 2 dell'Art. 43 dovrà essere redatta alla Società, a pena di Decadenza, entro 10 (dieci) giorni, dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 (centottanta) giorni di coma e, se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell' Art. 62, su tale stato. La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve

essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti all'Art. 61.

Art. 62. Prova

Colui che richiede l'indennità e/o i rimborsi prestati da questa polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

CAPITOLO 9 - Norme comuni

Art. 63. Dichiarazioni del Contraente

La Società presta le garanzie e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

Art. 64. Forma delle comunicazioni - validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 65. Variazioni di rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 15 (quindici) giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art. 66. Operazioni straordinarie o creazione di una controllata

66.1 *nuova entità controllata:*

Se la Contraente procedesse, durante il periodo di assicurazione, all'acquisto di titoli in un'altra impresa o alla creazione di un'altra entità che, a seguito di tale acquisizione o creazione, diventasse una controllata, tale nuova entità sarà coperta dal presente contratto, a condizione che non sussista nessuna assicurazione simile, e nei seguenti casi:

- verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o acquisizione;
- solo se, per quanto riguarda l'acquisizione, la Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi.

66.2 *fusione della Contraente:*

Se la Contraente procedesse, durante il periodo di assicurazione, a unire o consolidare un altro soggetto creando una nuova realtà aziendale (fusione in senso stretto), alle risorse umane aziendali coinvolte in questa operazione straordinaria verranno estese le coperture assicurative previste dal presente contratto, a condizione che non sussista alcuna assicurazione simile in atto,
e nei seguenti casi:

- verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o fusione;
- solo se, per quanto riguarda la nuova entità a seguito di fusione, la Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi.

In relazione alle operazioni straordinarie sopra riportate:

a) qualora il preventivo delle retribuzioni o i soggetti a libro matricola della nuova entità fossero inferiori al 10% (dieci percento) dei dati dichiarati alla Società al momento della stipula del presente contratto, il personale a cui verrà estesa questa assicurazione avrà copertura per il resto del periodo di assicurazione, senza premio supplementare. Tuttavia, il Contraente fornirà alla Società i dettagli della nuova entità e/o del personale assicurato durante tale periodo di copertura;
b) qualora invece il preventivo delle retribuzioni o i soggetti a libro matricola della nuova entità fossero superiori al 10% (dieci percento) dei dati dichiarati alla Società al momento della stipula del presente contratto il personale a cui verrà estesa questa assicurazione avrà copertura per i successivi 30 (trenta) giorni.

Tuttavia, il Contraente dovrà fornire alla Società i dettagli della nuova entità e/o dei dati utili nel corso di tale periodo di copertura, per permettere alla Società di rivedere i dettagli e formulare una nuova proposta assicurativa, in modo che il Contraente abbia facoltà di rifiutare o accettare la copertura pagando un premio supplementare per la nuova entità e/o persone coperte.
La mancata comunicazione alla Società di ogni nuova entità e/o personale assicurato renderà nulla la copertura per la nuova entità e/o personale assicurato, oltre il periodo massimo di copertura di 30 (trenta) giorni.

Art. 67. Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio o della malattia le Parti si impegnano a conferire mandato ad un Collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (inclusa l'Impresa di Assicurazione) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso della Società, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte. Il terzo medico viene scelto dalle Parti, sopra una terna di nomi proposta dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la parte attrice convoca il Collegio Medico, invitando l'altra parte a presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, a norma delle Condizioni di Assicurazione. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 68. Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 69. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 70. Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente polizza, il Foro competente sarà quello di residenza dell'Assicurato.

Art. 71. Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge italiana.

Art. 72. Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre Società.

Art. 73. Clausola Broker

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente contratto allo Spett.le BROKER il cui nominativo è indicato in prima facciata del Certificato di assicurazione; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente assicurazione saranno effettuati tempestivamente per conto del Contraente dallo stesso. Parimenti, ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni alla Società fatte dal Broker e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime. Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta alla polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dal presente contratto.

Contatti

Chubb European Group SE.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Fabio Filzi 290 – 20124 Milano

Telefono: 02 27095.1
Fax: 02 27095333
Mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – italy@pec.chubb.com -P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com – www.chubb.com/i