

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: Chubb Easy Solutions - Employee Protection

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?

È una polizza di assicurazione Infortuni ed Assistenza, a copertura degli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sulla Scheda di Polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato sulla Scheda di Polizza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte e invalidità permanente da infortunio
 - ✓ Anticipo indennizzi per invalidità permanente
 - ✓ Aspettativa del dipendente assicurato
 - ✓ Attività temerarie
 - ✓ Commorienza del coniuge
 - ✓ Danno estetico permanente
 - ✓ Malattie professionali (per i 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:
- ✓ Rimborso spese mediche a seguito di infortunio
 - ✓ Rimborso spese mediche a seguito di infortunio avvenuto all'estero
 - ✓ Danno estetico permanente
 - ✓ Critical Illness
 - ✓ Diaria da gessatura
 - ✓ Diaria da ricovero da infortunio
 - ✓ Diaria da ricovero da infortunio e da malattia
 - ✓ Inabilità temporanea da infortunio
 - ✓ Invalidità permanente da malattia
 - ✓ Contagio da HIV, Epatite B (HBV) o C (HCV), Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi
 - ✓ Spese funerarie
 - ✓ Spese per ricerca e soccorso
 - ✓ 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)
 - ✓ Supporto psicologico
 - ✓ Trasporto/rimpatrio delle spoglie
 - ✓ Rientro sanitario
- L'Assicuratore risarcisce i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, 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
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- ✗ Danni derivanti da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Danni direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da 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
- ! Sezione Infortuni: l'assicurazione cessa al compimento del 75° anno di età; tuttavia, superato tale limite l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale tra Assicurato e Assicuratore
- ! Sezione Malattia: l'assicurazione cessa al compimento del 65° 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
- ! Relativamente alla garanzia di Supporto Psicologico la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico fino ad un massimo di 2 interviste telefoniche
- ! Relativamente alla prestazione Malattie Tropicali non si farà luogo ad indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente fosse pari o inferiore a quanto indicato nella Scheda di Polizza, mentre se il grado di Invalidità Permanente risultasse superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia

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

! Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope l'Assicurato dovesse uscire dallo stato di coma, l'Impresa dietro richiesta dell'Assicurato stesso, o a richiesta del tutore o curatore, erogherà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% dell'importo già corrisposto

! 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 giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, l'Impresa 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 chiederà il rimborso nel caso contrario

! Le garanzie Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio, Danno Estetico Permanente, Invalidità Permanente da Infortunio, Eventi Aziendali sono prestate con l'applicazione di una franchigia indicata nella Scheda di Polizza

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
- ✓ La polizza non è valida nei seguenti Paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Inviare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore in caso di qualunque variazione che modifichi ogni elemento del rischio
- Per ottenere i servizi di assistenza personale, contattare la Struttura Organizzativa utilizzando il numero verde dedicato ed attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7
- In caso di infortunio, denunciarlo per iscritto all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui l'infortunio si è verificato o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, fornendo tutte le informazioni e la documentazione richiesta per la gestione del sinistro da parte dell'Assicuratore. Se l'infortunio comporta la morte dall'Assicurato, l'Assicuratore deve esserne informato entro 24 ore
- In caso di insorgenza di una malattia in grado di provocare secondo parere medico una invalidità permanente indennizzabile ai sensi di polizza, denunciarla all'Assicuratore entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato medico e comunque non oltre un anno dalla cessazione della polizza
- In caso di diaria da ricovero a seguito di infortunio e/o malattia, presentare la domanda di liquidazione all'Assicuratore entro il 30° giorno successivo al giorno in cui la degenza è terminata, fornendo la documentazione richiesta a dimostrazione del ricovero
- Per ottenere l'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 interrotti, 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 decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. La copertura termina alle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo, salvo quanto diversamente concordato tra le parti. Il contratto prevede la facoltà di disdetta di entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore), da inviarsi tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata inviata entro 30 giorni dalla 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.

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Chubb Easy Solutions - Employee Protection

DIP Aggiuntivo realizzato in data: Ottobre 2023. Aggiornato a Dicembre 2025. 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:

- ✓ Infezioni direttamente derivanti da infortunio ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'infortunio stesso
- ✓ Avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere
- ✓ Asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori
- ✓ 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
- ✓ Lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- ✓ Asfissia meccanica, compreso l'annegamento
- ✓ Congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione
- ✓ Lesioni muscolari ed ernie traumatiche da sforzo, incluse anche le ernie discali
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero 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
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, per un periodo massimo di 21 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
- ✓ Infortuni sofferti in conseguenza di malore od incoscienza



Che cosa non è assicurato?

✗ Rischi esclusi

Oltre a quanto previsto dal DIP:

- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche
- ✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione e arruolamento per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni derivanti da epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi

| | |
|--|--|
| | <p>Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio rimangono inoltre esclusi ricoveri dovuti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 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 <p>Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia sono inoltre esclusi i ricoveri determinati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 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 ✗ 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 <p>Relativamente alla garanzia Critical Illness sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 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 <p>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 esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ 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 <p>Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia sono inoltre esclusi dalla copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da malattie professionali intervenute fino alla stipulazione della polizza ✗ Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione <p>Relativamente alle prestazioni di Assistenza sono inoltre esclusi dalla copertura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Servizi di emergenza locali e relativi costi ✗ 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 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
- ! In caso di morte o Invalidità Permanente derivante da infortunio indennizzabile a termini di polizza, causato da: 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 metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia) verrà applicato un sottolimito pari al 50% della somma assicurata come riportata sulla Scheda di Polizza prevista per le sole attività extraprofessionali, con il massimo di 100.000,00 Euro, salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione il presente sottolimito. In ogni caso, 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.
- ! Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia per gli Assicurati di età superiore ai 60 anni compiuti anche in corso di contratto, l'indennità giornaliera riconosciuta per il caso di malattia sarà corrisposta dal 21° giorno successivo a quello del ricovero
- ! Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia l'indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza avviene per ogni giorno di ricovero fino ad un massimo indicato nella Scheda di Polizza per i ricoveri parto o interruzione non volontaria della gravidanza

- ! Le prestazioni di Assistenza amministrativa, Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana e Supporto psicologico sono valide nel solo territorio italiano
- ! La prestazione Invio di un medico sarà fornita massimo, per ciascun Assicurato, con un massimo di 2 volte durante per ciascuna annualità assicurativa



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche contraenti di polizza ai fini dell'assicurazione di persone fisiche di età inferiore a, salvo venga diversamente concordato, 75 anni relativamente alla garanzia Infortuni, e ad 65 anni relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia.



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 . |

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.

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.

A background image showing a group of business professionals in a meeting. A man in a suit is writing on a document, while a woman in a patterned top and another man look on. In the foreground, a woman in a dark suit is smiling and holding a folder. The scene is brightly lit with a green and blue geometric design on the left.

Chubb Easy Solutions Employee Protection Contratto di Assicurazione Infortuni, Malattia e Assistenza

Redatto secondo le linee guida del Tavolo Tecnico tra ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari di cui alla Lettera al Mercato IVASS del 14/03/2018

CHUBB®

INDICE

| | |
|---|----|
| SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA | 3 |
| Art. 1. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE | 7 |
| Art. 2. FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI | 7 |
| Art. 3. VARIAZIONI DI RISCHIO | 7 |
| Art. 4. OPERAZIONI STRAORDINARIE O CREAZIONE DI UNA CONTROLLATA | 7 |
| Art. 5. DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO | 8 |
| Art. 6. REGOLAZIONE DEL PREMIO (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NELLA SCHEDA DI POLIZZA) | 8 |
| Art. 7. DURATA DEL CONTRATTO. MODALITA' DI DISDETTA | 9 |
| Art. 8. RECESSO IN CASO DI SINISTRO | 9 |
| Art. 9. ALTRE ASSICURAZIONI | 9 |
| Art. 10. RINUNCIA ALLA RIVALSA | 9 |
| Art. 11. FORO COMPETENTE | 10 |
| Art. 12. ONERI FISCALI | 10 |
| Art. 13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE | 10 |
| Art. 14. CLAUSOLA BROKER | 10 |
| SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE | 11 |
| Art. 15. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE | 11 |
| Art. 16. INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA | 11 |
| A. Premessa | 11 |
| B. Ernie traumatiche e da sforzo | 11 |
| C. Rischio volo | 11 |
| D. Rischio guerra | 12 |
| E. Malore | 12 |
| F. Esposizione agli elementi | 12 |
| Art. 17. GARANZIA INFORTUNI | 12 |
| A. PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI | 12 |
| 17.1 – Morte da Infortunio | 12 |
| 17.2 – Morte presunta | 12 |
| 17.3 – Invalidità Permanente da Infortunio | 12 |
| B. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA) | 13 |
| 17.4 - Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio | 13 |
| 17.5 - Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio avvenuto all'estero | 13 |
| 17.6 - Danno estetico permanente | 13 |
| 17.7 - Critical Illness | 13 |
| 17.8 - Diaria da Gessatura | 15 |
| 17.9 - Diaria da Ricovero da Infortunio | 15 |
| 17.10 - Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia | 15 |
| 17.11 - Inabilità Temporanea da Infortunio | 16 |
| 17.12 - Contagio da HIV, Epatite B (HBV) o C (HCV), Ferite o soluzioni di continuo della cute o contatto con mucose da agenti infettivi | 16 |
| 17.13 - Spese funerarie | 17 |
| 17.14 - Spese per ricerca e soccorso | 17 |
| 17.15 - Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'Assicurato | 17 |
| 17.16 - Eventi aziendali | 17 |
| C. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI | 18 |
| 17.17- Anticipo Indennizzi per Invalidità Permanente | 18 |
| 17.18 - Aspettativa | 18 |
| 17.19 - Attività temerarie | 18 |
| 17.20 - Commorienza del Coniuge | 18 |
| 17.21 - Incidenti su mezzi pubblici di trasporto | 18 |
| 17.22 - Infortuni cagionati da colpa grave | 18 |
| 17.23 - Recovery hope | 18 |
| 17.24 - Rischi sportivi agonistici | 19 |
| 17.25 - Responsabilità Civile del Contraente | 19 |
| 17.26 - Supervalutazione Invalidità Permanente | 19 |
| Art. 18. GARANZIA MALATTIA | 19 |
| A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA) | 19 |

| | |
|--|----|
| 18.1 - Invalidità Permanente da Malattia | 19 |
| B. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI | 20 |
| 18.2 – Clausola dirigenti – malattie professionali | 20 |
| 18.3 - Malattie tropicali | 20 |
| Art. 19. ASSISTENZA | 20 |
| A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA) | 20 |
| 19.1 – Assistenza Amministrativa | 20 |
| 19.2 – Consulenza medica telefonica | 21 |
| 19.3 – Informazioni per la gestione della disabilità e di aiuto al reintegro nella vita quotidiana..... | 21 |
| 19.4 – Invio di un medico (in Italia, oltre 50 km di distanza dalla residenza dell'Assicurato)..... | 21 |
| 19.5 – Invio di un medico (all'Estero, durante una Trasferta Professionale) | 21 |
| 19.6 – Supporto psicologico | 21 |
| 19.7 – Trasporto/rimpatrio delle spoglie | 22 |
| 19.8 – Rientro sanitario..... | 22 |
| SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI | 23 |
| Art. 20. PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITE D'ETÀ | 23 |
| A. INFORTUNI..... | 23 |
| B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA..... | 23 |
| Art. 21. LIMITE CATASTROFALE | 23 |
| Art. 22. LIMITI TERRITORIALI | 23 |
| Art. 23. ESCLUSIONI DI COPERTURA..... | 23 |
| A. ESCLUSIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE | 23 |
| B. ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA “CRITICAL ILLNESS” | 24 |
| C. ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA “CONTAGIO DA HIV, EPATITE B (HBV) O C (HCV)” | 24 |
| D. ESCLUSIONI SPECIFICHE APPLICABILI ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA | 24 |
| Art. 24. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ..... | 25 |
| Art. 25. CUMULO DI INDENNITÀ..... | 25 |
| Art. 26. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - DECADENZA..... | 25 |
| SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO..... | 27 |
| Art. 27. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO O PER USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA..... | 27 |
| A. INFORTUNI..... | 27 |
| B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA..... | 27 |
| Art. 28. PROVA | 27 |
| Art. 29. CONTROVERSIE IN CASO DI SINISTRO..... | 27 |
| Art. 30. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO | 28 |
| Contatti | 29 |

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo (o a cui si fa riferimento nel relativo Set Informativo), assumono il seguente significato:

A

Aggravamento del rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali danni conseguenti al suo verificarsi.

Aggressione: l'attacco fisico improvviso e violento ai danni dell'Assicurato.

Arbitrato: il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra il Contraente o l'Assicurato e l'Assicuratore. Tale procedimento può essere previsto dai contratti di assicurazione.

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.

Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione Assistenza: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto, in denaro o in natura (servizio), nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assicurazione Infortuni: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un infortunio.

Assistenza: l'aiuto tempestivo entro i limiti convenuti nel contratto di assicurazione che viene erogato per il tramite della Centrale Operativa e fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro.

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;
- fare effetto e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza;
- interrompere il funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.

B

Beneficiario: la persona fisica designata in polizza dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.

C

Carenza: il periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

Commissioni/Costi di Intermediazione: il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

Coniuge: il coniuge del Contraente, per matrimonio o unione civile, o il convivente more uxorio.

Contraente: la persona giuridica o fisica, maggiorenne e residente in Italia, alla quale è intestata la Scheda di Polizza e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente e con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.

D

Danno: il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un sinistro.

Dati Personali: le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.

Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

Diaria: garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento da parte dell'Assicuratore di una somma di denaro, per ogni giorno d'invalidità temporanea, oppure per ogni giorno di ricovero in istituti di cura, in conseguenza di infortunio o malattia.

Dichiarazioni Precontrattuali: le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato, oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

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

E

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

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

F

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

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La franchigia si dice "**Assoluta**" quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito. La franchigia si dice invece "**Relativa**" quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito: se il danno è inferiore o uguale all'importo della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.

Caso d):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

G

Gessatura: il mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento immobilizzante ed inamovibile, comunque esterno, sempreché applicato e rimosso da personale medico.

Giorno di Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.

Inabilità Temporanea: l'incapacità fisica, totale o parziale e per una durata limitata nel tempo, a svolgere le proprie mansioni lavorative.

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Infortunio in itinere: Infortunio occorso al lavoratore durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, anche nel corso della pausa pranzo, oppure durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

Istituto di Cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica. **Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.**

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano per garantirne la stabilità, il buon funzionamento e per tutelare il consumatore.

L

Legge: qualsiasi testo normativo vigente e riconosciuto in base all'ordinamento giuridico applicabile.

Limite catastrofale: esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Liquidatore: il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.

M

Malattia: Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente/consequente 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. Sono comprese le malattie preesistenti sofferte dall'Assicurato quando le stesse siano patologicamente stabilizzate.

Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

Mezzo Pubblico di Trasporto Terrestre: qualsiasi mezzo di trasporto terrestre che operi in base a licenza di trasporto a pagamento per passeggeri, inclusi i mezzi noleggiati con conducente.

P

Periodo di Assicurazione: periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto riportate nella Scheda di Polizza.

Perito: il libero professionista che può essere incaricato di valutare la natura e stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un Sinistro. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è di norma un medico legale incaricato della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.

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

Prestazioni Assicurate: l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.

Principio Indennitario: principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo una fonte di guadagno.

Q

Questionario Anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'Assicuratore può chiedere al Contraente di compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute e alle precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilire le Condizioni di Assicurazione.

Quietanza: la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

R

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Registro dei Reclami: il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento. Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

S

Scheda di Polizza: la parte della polizza contenente i dati generali del contratto (come i dati anagrafici del Contraente, il numero identificativo del contratto, la data di effetto e scadenza) e gli ulteriori elementi che descrivono il rischio assicurato (come il massimale e le franchigie).

Set Informativo: l'insieme dei documenti che costituiscono l'informativa precontrattuale che vengono consegnati al Contraente (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e, ove previsto, Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

Sottolimito: l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.

Stabilizzazione Patologica: il momento in cui lo stato di salute ed eventuali patologie sofferte dall'Assicurato sono divenute stabili ovvero non suscettibili di modifica per effetto di qualsiasi trattamento.

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 previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.

Surroga: la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

T

Tabella INAIL: la Tabella di Legge per i casi di invalidità permanente annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria, approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124.

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.

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

L'Assicuratore garantisce le prestazioni oggetto del presente Contratto 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.

Art. 2. FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore.

Qualunque modificazione del Contratto deve risultare da atto di variazione sottoscritto da entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore).

Art. 3. VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, l'Assicuratore 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, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di 15 giorni, salvo diverso accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto risultante da apposito atto di variazione.

Art. 4. OPERAZIONI STRAORDINARIE O CREAZIONE DI UNA CONTROLLATA

A. 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 solo se, per quanto riguarda l'acquisizione, il Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi.

Verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o acquisizione.

B. Fusione del Contraente

Se il 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 solo se, per quanto riguarda la nuova entità a seguito di fusione, il Contraente non fosse a conoscenza di circostanze che potessero dar luogo a eventi dannosi certi e nei seguenti casi.

Verranno ritenuti assicurabili solo gli eventi occorsi successivamente alla data di efficacia di tale creazione o fusione.

In relazione alle operazioni straordinarie sopra riportate:

- qualora il preventivo delle retribuzioni o i soggetti a libro matricola della nuova entità fossero inferiori al 10% dei dati dichiarati all'Assicuratore 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 all'Assicuratore i dettagli della nuova entità e/o del personale assicurato durante tale periodo di copertura;
- qualora invece il preventivo delle retribuzioni o i soggetti a libro matricola della nuova entità fossero superiori al 10% dei dati dichiarati all'Assicuratore al momento della stipula del presente Contratto, il personale a cui verrà estesa questa assicurazione avrà copertura per i successivi 30 giorni. Tuttavia, il Contraente dovrà fornire all'Assicuratore i dettagli della nuova entità e/o dei dati utili nel corso di tale periodo di copertura, per permettere all'Assicuratore 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 all'Assicuratore 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 giorni.

Art. 5. DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è sempre determinato per Periodi di Assicurazione di 365 giorni, salvo la Scheda di Polizza preveda un Periodo di Assicurazione di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate. Il Contraente è tenuto a pagare all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata alle rispettive scadenze i Premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla presente Polizza.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dall'Assicuratore o dall'Intermediario cui la Polizza è assegnata e riportanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di mora di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal presente Contratto. Trascorso tale termine di mora, l'Assicuratore ha diritto di dichiarare la risoluzione del Contratto tramite lettera raccomandata, fermo il diritto dell'Assicuratore ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Art. 6. REGOLAZIONE DEL PREMIO (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

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 sulla Scheda di Polizza, ed è poi regolato al termine di ogni Periodo di Assicurazione secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio. In caso di regolazione passiva, quindi con una differenza a favore del Contraente, l'Assicuratore provvederà al rimborso delle somme dovute al netto delle imposte; in ogni caso le regolazioni passive potranno essere effettuate nel limite di un importo massimo pari al *10% in meno di quello anticipato/premio anticipato meno il 10%*, salvo un premio minimo maggiore, come riportato nella Scheda di Polizza. A tale scopo devono essere forniti per iscritto i dati necessari all'Assicuratore, entro le scadenze definite in base al tipo di regolazione come seguenti.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento delle differenze attive dovute, l'Assicuratore potrà fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive verrà conteggiato in conto o a garanzia del Premio relativo al Periodo di Assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. In tal caso, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto dell'Assicuratore di agire giudizialmente e di dichiarare la risoluzione del Contratto con lettera raccomandata.

In relazione ai Contratti scaduti, se il Contraente non adempie agli obblighi sopra indicati, l'Assicuratore non è obbligato per i Sinistri che si verifichino durante il Periodo di Assicurazione in cui non ha avuto luogo la regolazione del Premio, fermo il diritto dell'Assicuratore di agire giudizialmente.

L'Assicuratore 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% rispetto a quello anticipato, l'Assicuratore avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dal Periodo di Assicurazione immediatamente successivo, portandolo ad un importo non inferiore all'80% dell'ultimo Premio consuntivo.

Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Agli effetti assicurativi, per retribuzione si intende tutto quanto il Dipendente riceve a compenso delle sue prestazioni al lordo delle ritenute, 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 al 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 all'infortunato nei 12 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 giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'Infortunio e considerando 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 dall'Assicuratore 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, anch'esso specificato nel conteggio di liquidazione. Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore per iscritto i dati necessari, entro 60 giorni dalla fine di ogni Periodo di Assicurazione. Nel caso di mancata comunicazione di tali dati, l'Assicuratore procederà ad emettere il conteggio di regolazione utilizzando i dati già in proprio possesso e relativi al Periodo di Assicurazione precedente. Nel caso in cui l'Assicuratore non avesse tali dati, verrà emessa una regolazione pari al 20% del Premio pattuito alla data di emissione della Polizza.

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 all'Assicuratore o all'Intermediario 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 all'Assicuratore o all'Intermediario. 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 dell'Assicuratore.

Al termine di ogni Periodo di Assicurazione, o della minor durata del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza, si procederà alla regolazione del Premio definitivo in base ai tassi di Premio convenuti ed ai capitali assicurati.

Art. 7. DURATA DEL CONTRATTO. MODALITA' DI DISDETTA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se in quel momento il Premio è stato pagato; in caso contrario, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite per le singole garanzie.

In mancanza di Disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente, salvo espressa deroga indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 8. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata, fermo restando che relativamente ad ogni Sinistro conseguente a Malattia Improvvisa, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il Contratto assicurativo fosse stato stipulato da meno di 730 giorni.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicuratore.

Il recesso esercitato dall'Assicuratore ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte del Contraente.

In tutti i casi, l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio non corso entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, 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.

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. 9. ALTRE ASSICURAZIONI

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

Art. 10. RINUNCIA ALLA RIVALSA

In deroga all'art. 1916 del Codice Civile, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalersi verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 11. FORO COMPETENTE

In caso di controversie in merito al presente Contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 12. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente.

Art. 13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente Contratto di Assicurazione è regolato dalla legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato.

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

Art. 14. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara, e l'Assicuratore ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente Contratto all'Intermediario indicato in Scheda di Polizza; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Polizza saranno effettuati tempestivamente per conto del Contraente dallo stesso. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore all'Intermediario si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni all'Assicuratore fatte dall'Intermediario e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime.

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 15. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente Polizza copre gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sulla Scheda di Polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato nella Scheda di Polizza. Inoltre, il rischio relativo all' Infortunio in itinere si intende incluso nell'esercizio delle attività 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 dall'Art. 12 del Decreto Legislativo n° 38/2000, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Art. 16. INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA

A. Premessa

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nelle "Definizioni di Polizza" comprende 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 alla lettera B.

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi:

- 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.

B. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'articolo 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% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente** da Infortunio;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente** da Infortunio.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al collegio medico di cui all'articolo 29 che segue.

Inoltre, nel caso in cui l'Infortunio definito a termini di Polizza provocasse una rottura sottocutanea del Tendine di Achille, l'Assicuratore riconoscerà un Indennizzo pari al 2% 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 da Infortunio.

C. 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 verificatisi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato sia dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

D. Rischio guerra

La presente 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 giorni dall'inizio delle ostilità, esclusivamente nel caso in cui 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.viaggiareassicuri.it.

E. Malore

L'assicurazione comprende altresì gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore o incoscienza.

F. Esposizione agli elementi

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dal Contratto, 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.

Art. 17. GARANZIA INFORTUNI**A. PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI****17.1 – Morte da Infortunio**

In caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza che provochi la morte dell'Assicurato, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi la somma assicurata per il caso di Morte da Infortunio, indicata nella Scheda di Polizza.

17.2 – Morte presunta

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

17.3 – Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e **purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto**, l'Assicuratore liquida l'Indennità indicata nella Scheda di Polizza e calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente Totale, secondo la Tabella INAIL, **con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale.** 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% 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 giorni dal verificarsi dell'Infortunio.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza, identificato come "Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio", ove presente.

B. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

17.4 -Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio

In caso di Infortunio definito a termini di Polizza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio, fino alla somma massima riportata sulla Scheda di Polizza.

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 subito in occasione dell'Infortunio.

La garanzia è prestata con la Franchigia riportata nella Scheda di Polizza, tale importo 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.

17.5 -Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio avvenuto all'estero

In caso di Infortunio definito a termini di Polizza e avvenuto all'estero, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio, fino alla somma massima riportata sulla Scheda di Polizza.

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 subito in occasione dell'Infortunio.

La garanzia è prestata con la Franchigia riportata nella Scheda di Polizza, tale importo 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.

17.6 -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, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato stesso un importo fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza 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 la Franchigia specificata nella Scheda di Polizza, importo che rimarrà quindi a carico dell'Assicurato.

17.7 - Critical Illness

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:

I. 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 T2NoMo;
- 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).

II. Attacco Cardiacaco

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 specificato:
 - 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.

III. Ictus

Necrosi dei tessuti cerebrali, 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.

Determinazione dell'Indennizzo:

In caso di sinistro indennizzabile per una delle Gravi Malattie sopra menzionate, l'Assicuratore liquida all'Assicurato **l'indennizzo forfettario indicato nella Scheda di Polizza.**

Diritto all'Indennizzo:

La presente garanzia è soggetta ad un periodo di carenza di 90 (novanta) giorni dalla Data di Effetto del Contratto. Inoltre, l'Assicuratore liquida l'indennizzo forfettario indicato nella Scheda di Polizza, **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.

Beneficiario dell'Indennizzo:

Beneficiario dell'Indennizzo è l'Assicurato. Nel caso di premorienza dell'Assicurato e superato il periodo di qualificazione, l'Assicuratore liquida 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 intestato.

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 della Polizza.

Periodi di qualificazione:

Nei casi di:

- Malattie Gravi (Cancro, Attacco cardiaco, Ictus): 30 (trenta) giorni.

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

17.8 -Diaria da Gessatura

Qualora, a seguito di Infortunio, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente, l'Assicuratore liquiderà all'Assicurato stesso, nei termini previsti dalla Scheda di Polizza, l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza.

17.9 -Diaria da Ricovero da Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato subisse un Ricovero ospedaliero in un Istituto di Cura, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato la diaria giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza per ogni Giorno di Ricovero, fino al limite massimo di giornate indicato nella Scheda di Polizza.

Rimangono esclusi dalla presente garanzia i 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 Articolo 27.

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.

L'Assicuratore 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.

17.10 - Diaria da Ricovero da Infortunio e da Malattia

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;

l'Assicuratore erogherà all'Assicurato l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza per ogni Giorno di Ricovero fino al limite massimo di giornate indicato nella Scheda di Polizza. Per gli Assicurati di età superiore ai 60 anni compiuti anche in corso di Contratto, l'Indennità giornaliera riconosciuta per il caso di Malattia sarà corrisposta dal 21° 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° 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° 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 giorni dal perfezionamento della Polizza), da interruzione volontaria della gravidanza;
- 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. 27 entro 30 giorni successivi alla data di dimissione.

La domanda di liquidazione, corredata della documentazione richiesta, dovrà essere presentata all'Assicuratore entro il 30° 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.

L'Assicuratore 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.

17.11 - Inabilità Temporanea da Infortunio

Qualora l'Infortunio provocasse una Inabilità Temporanea al lavoro, l'Assicuratore liquiderà l'Indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza:

- 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 entro i termini indicati nella Scheda di Polizza per il periodo massimo indicato nella Scheda di Polizza.

L'Assicuratore 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, l'Assicuratore sarà obbligato 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 all'Assicuratore stesso a periodi non superiori a 14 giorni consecutivi.

17.12 - 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 l'Assicuratore liquida all'Assicurato l'indennizzo forfettario indicato nella Scheda di Polizza 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:

I. 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 ;

II. anti-HIV-1, HIV-RNA, HCV-RNA, anti-HCV, HBsAg, HBV-DNA, anti-HBc

a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;

III. 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 II che precede.

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.

17.13 - Spese funerarie

Nel caso di morte dell'Assicurato, indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore rimborserà agli aventi diritto le spese regolarmente documentate sostenute per il funerale o la cremazione dell'Assicurato stesso, entro il limite massimo specificato nella Scheda di Polizza.

17.14 - Spese per ricerca e soccorso

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, fosse necessario attivare una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio dell'Assicurato, l'Assicuratore rimborserà le spese di ricerca e soccorso, anticipate dalle autorità locali ed a carico dell'Assicurato stesso, entro il Massimale per Assicurato e per evento indicato nella Scheda di Polizza.

L'Assicuratore erogherà inoltre l'ulteriore Indennizzo indicato nella Scheda di Polizza in caso di morte o Invalidità Permanente avvenuta al soccorritore o ad altro soggetto non dipendente del Contraente, quale conseguenza del soccorso prestato all'Assicurato.

La prestazione non verrà applicata alle spese di ricerca e soccorso derivante dalla mancata osservazione delle misure di sicurezza stabilite dalle normative che regolamentano l'attività svolta dall'Assicurato.

17.15 - Ristrutturazione dell'abitazione/veicolo utilizzato dall'Assicurato

Nel caso di Infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente **almeno superiore al 33%**, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva entro il limite indicato nella Scheda di Polizza. 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.

17.16 - Eventi aziendali

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. La garanzia 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 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, entro il limite specificato nella Scheda di Polizza per ciascun Assicurato Addizionale. **La presente garanzia è prestata con la Franchigia indicata nella Scheda di Polizza.**

Per l'attivazione della presente garanzia il Contraente dovrà comunicare per iscritto all'Assicuratore, tramite fax o altro strumento informatico con invio documentabile e databile, la data fissata per l'evento almeno 24 ore prima dell'inizio dello stesso. In caso la richiesta preveda elementi difforni da quanto previsto ai precedenti paragrafi, il Contraente dovrà far pervenire la richiesta all'Assicuratore almeno 2 giorni lavorativi antecedenti l'inizio dell'evento. L'Assicuratore 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. 27. Si precisa tuttavia che **l'Assicuratore 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.**

C. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI**17.17- Anticipo Indennizzi per Invalidità Permanente**

Trascorsi 60 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 all'Assicuratore, entro il limite specificato nella Scheda di Polizza. L'anticipo verrà liquidato entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte dell'Assicuratore, il grado di Invalidità Permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 20%.

17.18 - 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'articolo "Regolazione del Premio".

La presente estensione si intende operante nel solo caso in cui le coperture siano attive 24 ore.

17.19 - Attività temerarie

In caso di morte o Invalidità Permanente derivante da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, causato da 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 metri di profondità (restano comunque esclusi i casi di embolia)

verrà applicato un Sottolimito pari al 50% della somma assicurata come riportata sulla Scheda di Polizza prevista per le sole attività extraprofessionali, con il massimo di 100.000,00 Euro, salvo che per gli Assicurati aventi la qualifica di Dirigenti per i quali non troverà applicazione il presente Sottolimito.

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.

17.20– 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, l'Assicuratore erogherà il capitale assicurato per il caso morte aumentato del 100% entro il limite aggiuntivo specificato nella Scheda di Polizza. Ai Figli minorenni verranno equiparati i Figli maggiorenni qualora gli stessi fossero già portatori di Invalidità Permanente di grado superiore al 60%.

La presente estensione di garanzia non si applica nei casi di Rischio volo.

17.21 – 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 gravi all'Assicurato trasportato quale passeggero, l'Assicuratore erogherà la somma assicurata maggiorata nei termini ed entro il limite aggiuntivo indicati nella Scheda di Polizza.

17.22 – Infortuni cagionati da colpa grave

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile e di quanto previsto dal Contratto, la garanzia assicurativa si intende estesa anche agli Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

17.23 – Recovery hope

L'Assicuratore riconosce, a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un Indennizzo alternativo e sostitutivo di quelli previsti in Polizza, qui di seguito chiamato "Indennizzo per Recovery Hope", secondo il Massimale indicato nella Scheda di Polizza.

L'ammontare dell'Indennizzo per "Recovery Hope" sarà pari all'Indennità assicurata per il caso di morte da Infortunio stabilita in Polizza. L'Assicuratore verserà al Beneficiario l'Indennizzo per "Recovery Hope" al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. coma dell'Assicurato per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;

2. comunicazione all'Assicuratore, per iscritto e secondo le stesse modalità previste per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti. In entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta all'Assicuratore, a pena di decadenza, entro 10 giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma;
3. documentazione su tale stato da fornire all'Assicuratore, richiesta ai sensi dell'articolo 36 "Prova".

La domanda di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato e deve essere corredata del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, della nomina del curatore o tutore e del provvedimento di autorizzazione al pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope".

A partire dalla data di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" la copertura assicurativa a favore dell'Assicurato cesserà e, quindi, l'Assicuratore null'altro sarà tenuto a corrispondere né per morte né per Invalidità Permanente, salvo si verifichino le condizioni indicate nel paragrafo che segue.

Nell'ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" l'Assicurato esca totalmente dal coma l'Assicuratore, dietro richiesta dell'Assicurato stesso o a richiesta del tutore o curatore, (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un Indennizzo integrativo pari al 10% dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di Euro 50.000,00. Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 giorni e a condizione che all'Assicuratore sia stata fornita la documentazione richiesta.

17.24 – Rischi sportivi agonistici

L'assicurazione si estende all'esercizio delle pratiche sportive non professionali svolte a scopo agonistico e per le quali l'Assicurato non percepisce alcuna forma di compenso, ivi compresi ad esempio i rimborsi spese, ad eccezione di tutte quelle attività ricreative escluse dal Contratto.

Sugli Infortuni sportivi sarà applicata la Franchigia riportata nella Scheda di Polizza.

17.25 – 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 ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di Indennizzo a titolo di responsabilità civile, gli importi erogabili dall'Assicuratore, nella loro interezza, verranno accantonati e computati nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

17.26 – Supervalutazione Invalidità Permanente

In caso di perdita totale bilaterale della vista, dell'udito o della voce, a seguito di Infortunio a termini di Polizza, l'Assicuratore liquiderà un importo pari al doppio di quello stabilito in base alla Tabella INAIL, con il massimo del 100% 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 grado riportato nella Scheda di Polizza, l'Assicuratore liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

Art. 18. GARANZIA MALATTIA

A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

18.1 -Invalidità Permanente da Malattia

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 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 all'Assicuratore dovrà essere effettuata con le modalità indicate all'articolo 27 entro 30 giorni dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre 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 alla Tabella INAIL.

Sono inoltre sempre escluse le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione. Il grado di Invalidità Permanente verrà valutato come indicato nella Scheda di Polizza.

Il grado di Invalidità Permanente verrà valutato non prima che sia decorso un anno dalla data della manifestazione della malattia ed entro e non oltre 18 mesi dalla data di denuncia all'Assicuratore. La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella INAIL. L'accertamento medico legale verrà effettuato congiuntamente dal medico dell'Assicurato e dal medico dell'Assicuratore, i quali definiranno e concorderanno il grado di Invalidità Permanente. In caso di controversia vale quanto previsto dal successivo articolo 29.

B. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI

18.2 – Clausola dirigenti – malattie professionali

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 INAIL, che si manifestino nel corso della validità del presente Contratto, e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% 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 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.

18.3 - Malattie tropicali

L'Assicuratore ed il Contraente convengono che, limitatamente al caso di Invalidità Permanente, la garanzia è estesa alle malattie tropicali che colpiscano gli Assicurati durante il soggiorno in tutto il mondo. Per malattie tropicali devono intendersi esclusivamente quelle di seguito riportate: amebiasi, chikungunya, colera, encefalite giapponese, febbre gialla, filariosi, leishmaniosi, schistosomiasi, tripanosomiasi.

Rimane inteso che:

- tale 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 INAIL, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati nella Scheda di Polizza 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 riportato nella Scheda di Polizza;
- non si farà luogo ad alcun Indennizzo quando il grado di Invalidità Permanente fosse pari o inferiore rispetto a quanto indicato nella Scheda di Polizza, 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 anni dal giorno della denuncia della Malattia.

Art. 19. ASSISTENZA

A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

19.1 – 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.

19.2 – Consulenza medica telefonica

In caso di necessità di una consulenza medica a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, l'Assicurato 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 giorni su 7. 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.

19.3 – 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%, 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.

19.4 – 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 in via sostitutiva trasferirà l'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi.

La prestazione sarà fornita, per ciascun Assicurato, con un massimo di 2 volte per ciascun Periodo di Assicurazione.

19.5 – 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 trasferirà, sostenendone i costi, l'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino, mediante ambulanza. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa il motivo della sua richiesta e specificare la località in cui si trova, indirizzo ed il recapito telefonico. La prestazione sarà fornita, per ciascun Assicurato, con un massimo di 2 volte per ciascun Periodo di Assicurazione.

19.6 – Supporto psicologico

In caso di morte da Infortunio dell'Assicurato avvenuto nel corso di una Trasferta Professionale, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone i costi, al 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. 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 i costi fino ad un

massimo di 2 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.

19.7 – 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 al limite massimo indicato nella Scheda di Polizza. 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.

19.8 – Rientro sanitario

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'Estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa e dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui l'Assicurato si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, l'Assicuratore provvederà ad organizzare:

- il trasferimento in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
- il trasferimento dalla struttura medica alla residenza dell'Assicurato se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;

Il trasporto sarà effettuato, con tutte le spese a carico dell'Assicuratore, utilizzando i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.

Tali mezzi potranno essere:

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

Se ritenuto necessario dall'equipe medica della Struttura Organizzativa il rientro sanitario verrà effettuato con la necessaria assistenza di personale medico o paramedico.

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

Non danno luogo a prestazione le infermità o le lesioni che a giudizio dell'equipe medica della Struttura Organizzativa possano essere curate in loco o che non pregiudichino la prosecuzione del viaggio. La prestazione non verrà altresì fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 20. PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITE D'ETÀ

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza. 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.

A. INFORTUNI

L'assicurazione cessa al compimento del 75° anno d'età di ciascun Assicurato. Tuttavia, a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale a condizioni da concordarsi, previa presentazione almeno 30 giorni prima della scadenza stessa, di un certificato medico attestante buona salute e relativa contestuale approvazione da parte della Assicuratore formulata a proprio insindacabile giudizio mediante emissione di apposita appendice di rinnovo.

Resta ferma tuttavia la facoltà dell'Assicurato che abbia compiuto 75 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% delle somme originariamente assicurate, entro il limite di 450.000 euro e, a partire dal compimento dell'80° anno di un ulteriore 50%, entro il limite di 250.000 euro.

B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai 65 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età;
- 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;
- per patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 21. LIMITE CATASTROFALE

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, l'importo totale dell'Indennizzo dell'Assicuratore non potrà superare i Massimali specificatamente indicati nella Scheda di Polizza a seguito di un evento in volo, in mare o 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. 22. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo, salvo quanto espressamente indicato per le singole garanzie.

Art. 23. ESCLUSIONI DI COPERTURA

A. ESCLUSIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE

Ferme le esclusioni previste dalle singole Sezioni e garanzie, sono inoltre 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. 16, lett. D "Rischio Guerra";
- 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 fatto, salvo quanto previsto dall'art. "Attività temerarie" che precede;
- 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;

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

- stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- arruolamento, arruolamento volontario, il richiamo alle armi 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;
- epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei.

****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.

B. ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA “CRITICAL ILLNESS”

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 anormale 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.

C. ESCLUSIONI SPECIFICHE PER LA GARANZIA “CONTAGIO DA HIV, EPATITE B (HBV) O C (HCV)”

Sestano 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.

D. ESCLUSIONI SPECIFICHE APPLICABILI ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Fatte salve le esclusioni specificate all'articolo precedente, in relazione alle prestazioni di assistenza 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.

Art. 24. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Assicuratore 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.

In caso di Infortunio, l'Indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalla presente Polizza.

Art. 25. 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 giorni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, l'Assicuratore 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 chiederà 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, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Viceversa, se il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, e quindi prima che l'Indennità sia liquidata o offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

Inoltre, occorre specificare quanto segue:

- la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia" non potrà in alcun caso cumularsi con quella di "Invalidità Permanente da Infortunio";
- l'Indennità versata per "Inabilità Temporanea da Infortunio" non è cumulabile in alcun modo con quanto eventualmente corrisposto per "Diaria da Ricovero da Infortunio", per la componente Infortuni delle garanzie "Diaria 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 la garanzia "Inabilità Temporanea da Infortunio", "Diaria da Gessatura" e "Coma da Infortunio";
- relativamente alla componente Infortuni della garanzia "Diaria da Ricovero da Infortunio e Malattia", la stessa non è cumulabile con la garanzia "Inabilità Temporanea da Infortunio", "Diaria da Gessatura" e "Coma da Infortunio";
- l'Indennità da Gessatura 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".

Art. 26. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - DECADENZA

Non sarà riconosciuto alcun Indennizzo nei seguenti casi:

- Sinistri denunciati all'Assicuratore dopo 15 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 l'Assicuratore: 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 dell'Assicuratore 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.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 27. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO O PER USUFRUIRE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A. INFORTUNI

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore, **entro 15 giorni dalla data in cui il Sinistro si è verificato o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi 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 come data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore. **In caso di morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio l'Assicuratore deve essere informato entro i 30 giorni successivi**. 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 le cure prescritte e la capacità di riprendere la propria abituale attività lavorativa.

B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

C. DIARIA IN CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO O DA MALATTIA

La domanda di liquidazione deve essere presentata all'Assicuratore, a pena di decadenza della garanzia, **entro il 30° 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.

D. RECOVERY HOPE

La comunicazione di cui al punto 2 dell'articolo 17.19 dovrà pervenire all'Assicuratore, a pena di decadenza, **entro 10 giorni dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma con invio della documentazione necessaria su tale stato**. La domanda di pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope" deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato e deve essere corredata del provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, della nomina del curatore o tutore e del provvedimento di autorizzazione al pagamento dell'Indennizzo per "Recovery Hope".

E. ASSISTENZA

Ai fini dell'attivazione dei 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:**

+39 06 42115773

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

Art. 28. 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 dall'Assicuratore, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 29. CONTROVERSIE IN CASO DI SINISTRO

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro, le Parti si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, 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, tra tre nomi proposti 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 proponente 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. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 30. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione - ivi compreso l'atto di quietanza debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, ove necessario - in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni.

Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

Contatti

Chubb European Group SE

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 -Milano

Telefono: 02 270951

Fax: 02 27095333

Mail: info.italy@chubb.com

www.chubb.com/it