

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: New Classic Gold - Copertura Infortuni

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

Che tipo di assicurazione è?

La presente assicurazione copre gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento della propria attività lavorativa dichiarata nella Scheda di Polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio
- ✓ Invalidità permanente da infortunio
- ✓ Recovery Hope
- ✓ Infortuni cagionati da colpa grave

Rimborso delle spese mediche derivanti da infortunio (opzionale)

Invalidità permanente da malattia (opzionale)

Servizi di assistenza alla persona (opzionale)

L'Assicuratore risarcisce i danni fino agli importi massimi stabiliti in polizza (c.d. massimale).

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ 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 da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio
- ✗ Invalidità permanente derivante da malattie preesistenti, o da malattie professionali
- ✗ Spese mediche sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente

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?

- ! La somma assicurata per il caso di morte e invalidità permanente viene liquidata purché le stesse risultino conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e queste si verifichino entro 730 giorni dall'evento
- ! Sezione Infortuni: l'assicurazione cessa al compimento del 75° anno d'età dell'Assicurato; tuttavia, superati i 75 anni l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale, i cui dettagli sono specificati in polizza
- ! Sezione Malattia: l'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni

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 i 30 giorni successivi
- 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
- 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.

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: New Classic Gold Copertura Infortuni

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:

- ✓ Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato
- ✓ Asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni (esclusi gli infarti)
- ✓ Ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali. Nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata; nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata; nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata
- ✓ Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza del Contraente o dell'Assicurato
- ✓ Infortuni conseguenti ad avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere
- ✓ Infortuni derivanti da infezioni comprese quelle tetaniche
- ✓ Infortuni conseguenti a lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- ✓ 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
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, per un periodo massimo di 14 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
- ✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici
- ✓ 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. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo. In nessun caso l'Impresa potrà essere chiamata

<p>a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000 qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile</p> <p>✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 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</p> <p>✓ Infortuni sofferti in stato di maleore od incoscienza</p> <p>✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici</p>	
<p>Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?</p> <p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO operanti solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza</p>	
Invalidità Permanente da Malattia	Pagamento di un'indennità in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di infortunio
Assistenza alla Persona	Consulenza medica; ricerca e/o prenotazione di posti letto; informazioni sulla rete sanitaria nazionale pubblica e privata; segnalazione e/o prenotazione visita specialistica; segnalazione di medici convenzionati all'estero; informazioni farmaceutiche, turistiche, postali, legali; informazioni burocratiche e/o gestione documenti personali; invio di un medico d'urgenza in Italia e all'estero; invio di medicinali urgenti in Italia e all'estero; rientro sanitario; rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 2.500; anticipo spese mediche all'estero fino ad un massimo di € 2.500; rientro anticipato; reperimento ed invio di un'ambulanza in Italia; invio di un medico specialista; interprete all'estero qualora fosse necessario in caso di ricovero; segreteria telefonica per comunicazioni urgenti; invio di un infermiere a domicilio; protezione carte di credito; anticipo denaro in caso di smarrimento o furto di carta di credito o assegni; invio bagaglio sostitutivo



Che cosa non è assicurato?

<p>✗ Rischi esclusi</p>	Oltre a quanto previsto dal DIP:
	<p>✗ Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale</p> <p>✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche</p> <p>✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato</p> <p>✗ Infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei</p> <p>✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione e arruolamento per motivi di carattere eccezionale</p> <p>✗ Infortuni durante voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso</p> <p>✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere</p> <p>✗ Infortuni derivanti da epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi</p>



Ci sono limiti di copertura?

!	L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
!	È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa. La garanzia Rimborso spese mediche da infortunio è prestata con una franchigia fissa di € 50 per evento
!	Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24% della totale. Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso 1 anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche maggiorenni e residenti in Italia.



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 photograph showing a person's arm with a white bandage wrapped around it. A medical professional, wearing a white coat and a blue wristband, is attending to the bandage. The background is blurred, showing other people in a clinical setting.

Chubb Easy Solutions

New Classic Gold - Copertura Infortuni Contratto di Assicurazione Infortuni 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®

Data di aggiornamento: giugno 2025

INDICE

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA	2
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	5
ARTICOLO 1) DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE	5
ARTICOLO 2) FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI	5
ARTICOLO 3) VARIAZIONI DI RISCHIO	5
ARTICOLO 4) DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO	5
ARTICOLO 5) DURATA DEL CONTRATTO. MODALITÀ DI DISDETTA	5
ARTICOLO 6) RECESSO IN CASO DI SINISTRO	5
ARTICOLO 7) ALTRE ASSICURAZIONI	6
ARTICOLO 8) RINUNCIA ALLA RIVALSIA	6
ARTICOLO 9) FORO COMPETENTE	6
ARTICOLO 10) ONERI FISCALI	6
ARTICOLO 11) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	6
ARTICOLO 12) CLAUSOLA BROKER	6
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	7
ARTICOLO 13) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
ARTICOLO 14) INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA	7
A. Premessa	7
B. Ernie traumatiche e da sforzo	7
C. Rischio volo	7
D. Rischio guerra	8
E. Malore	8
F. Movimenti tellurici	8
G. Esposizione agli elementi	8
ARTICOLO 15) GARANZIA INFORTUNI	8
A. PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI	8
15.1 Morte da Infortunio	8
15.2 Morte presunta	8
15.3 Invalidità Permanente da Infortunio	8
B. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)	9
15.4 Rimborso spese mediche da Infortunio	9
C. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI	9
15.5 Recovery Hope	9
15.6 Infortuni Cagionati da Colpa Grave	10
ARTICOLO 16) GARANZIA MALATTIA	10
A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)	10
16.1 Invalidità Permanente da Malattia	10
ARTICOLO 17) ASSISTENZA	11
A. PRESTAZIONI OPZIONALI (OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE NELLA SCHEDA DI POLIZZA)	11
17.1 Assistenza Alla Persona	11
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI	15
ARTICOLO 18) PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE D'ETÀ	15
A. INFORTUNI	15
B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	15
ARTICOLO 19) LIMITE CATASTROFALE	15
ARTICOLO 20) LIMITI TERRITORIALI	15
ARTICOLO 21) ESCLUSIONI	15
ARTICOLO 22) CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	16
ARTICOLO 23) CUMULO DI INDENNITÀ	16
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO	17
ARTICOLO 24) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	17
ARTICOLO 25) PROVA	17
ARTICOLO 26) CONTROVERSIE IN CASO DI SINISTRO	17
ARTICOLO 27) PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	17
Contatti	18

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.

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.

Assicurato: la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

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.

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.

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.

E

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

Estero: 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

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.

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.

V

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

SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

ARTICOLO 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.

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

ARTICOLO 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.

ARTICOLO 4) 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 devono riportare 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.

ARTICOLO 5) DURATA DEL CONTRATTO. MODALITÀ DI DISDETTA

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato sulla 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 data 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.

ARTICOLO 6) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro denunciato ai 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, 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, escluse le Imposte, entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso.

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 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.

ARTICOLO 7) ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore.

ARTICOLO 8) 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.

ARTICOLO 9) 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.

ARTICOLO 10) ONERI FISCALI

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

ARTICOLO 11) INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO E 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 (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

ARTICOLO 12) 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

ARTICOLO 13) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione copre gli Infortuni subiti dall'Assicurato durante lo svolgimento della propria attività lavorativa dichiarata in Polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

A titolo esemplificativo e non limitativo, il rischio di 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 dal Decreto Legislativo n° 38/2000 – art. 12, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Sono sempre operanti le seguenti garanzie assicurative:

- Morte da Infortunio
- Invalidità Permanente da Infortunio
- “Recovery Hope”
- Infortuni cagionati da colpa grave

mentre sono opzionali:

- Rimborso spese mediche da Infortunio
- Invalidità Permanente da Malattia
- Assistenza alla persona

ARTICOLO 14) INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA

A. Premessa

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nelle “Definizioni di Polizza” comprende anche:

- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nell'articolo che segue.

Sono compresi inoltre gli Infortuni subiti dall'Assicurato:

- derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza del Contraente o dell'Assicurato;
- a seguito di avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- a seguito di infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni risarcibili a termini di Polizza;
- a seguito di lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive.

B. Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall'articolo di cui sopra, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 2% 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 5% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente da Infortunio**;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un Indennizzo **fino ad un massimo del 2% 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 ad un Collegio Medico.

Per i casi di cui sopra **non verranno applicate le Franchigie di Invalidità Permanente da Infortunio previste in Polizza**.

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 aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso**. Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento, compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Resta espressamente convenuto che **in nessun caso l'Assicuratore potrà essere chiamato a risarcire, a seguito di Sinistro, un Indennizzo complessivo superiore a Euro 5.000.000,00 qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile**.

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli Indennizzi liquidabili a termini di Polizza, in dipendenza del medesimo Sinistro, l'Assicuratore liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli Indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di Polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

D. Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 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.

E. Malore

L'Assicurazione comprende gli Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

F. Movimenti tellurici

L'Assicurazione comprende gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici.

G. 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 la morte o lesioni organiche permanenti.

ARTICOLO 15) GARANZIA INFORTUNI

A. PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI

15.1 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.

15.2 Morte presunta

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore liquiderà ai Beneficiari indicati in Polizza la somma prevista per il caso di morte. **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 dopo che l'Assicuratore ha pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da Infortunio eventualmente subita.

15.3 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 per tale titolo una Indennità calcolata sulla somma assicurata per Invalidità assoluta, secondo la Tabella INAIL, **con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale**, con rinuncia da parte dell'Assicuratore all'applicazione della Franchigia Relativa prevista. 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 viene 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 sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'Infortunio. Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nell'allegato alla Polizza denominato "Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio" ove presente.

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

15.4 Rimborso spese mediche da Infortunio

In caso di Infortunio, come definito ai sensi della presente Polizza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche da esso sostenute a seguito di tale Infortunio, entro la somma massima riportata nella Scheda di Polizza.

Si precisa che 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 plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente. Qualora gli Assicurati fruiscono di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia è prestata con una Franchigia fissa di Euro 50,00 per Sinistro.

C. ULTERIORI ESTENSIONI DI COPERTURA SEMPRE OPERANTI

15.5 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" è pari all'Indennità assicurata per il caso di morte stabilita in Polizza. L'Assicuratore verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'Indennizzo per "Recovery Hope" al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. se sarà stata data comunicazione all'Assicuratore, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 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. se sarà stata fornita all'Assicuratore la documentazione su tale stato, richiesta ai sensi dell'articolo 25 "Prova".

La domanda di pagamento dell'Indennizzo "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 "Recovery Hope".

A partire dalla data di pagamento dell'Indennizzo "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 "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

come abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 giorni e a condizione che all'Assicuratore sia stata fornita la documentazione richiesta.

15.6 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.

ARTICOLO 16) GARANZIA MALATTIA

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

16.1 Invalidità Permanente da Malattia

La garanzia si intende prestata per il caso di Invalidità Permanente da Malattia, conseguente a Malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione 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; in mancanza di ciò la presente garanzia non potrà essere prestata.

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti, direttamente o indirettamente, da:

- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici 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;
- eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- dolo dell'Assicurato;
- malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche.

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

In caso di Malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente di grado non inferiore al 25% l'Assicuratore liquida una Indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

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

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24% della totale. Il grado di Invalidità Permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della Malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella INAIL. La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico dell'Assicuratore, i quali definiranno e concorderanno il grado di Invalidità Permanente.

ARTICOLO 17) ASSISTENZA

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

17.1 Assistenza Alla Persona

La presente garanzia è valida per gli Assicurati indicati sulla Scheda di Polizza, nonché per i loro familiari purché conviventi. Gli stessi potranno accedere ai servizi tramite contatto diretto con la Struttura Organizzativa al numero verde 800 393 283 (dall'estero +39 06 42115523).

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare Assistenza immediatamente, gli Assicurati saranno richiamati entro le successive 4 ore lavorative.

1) Consulenza Medica

Il servizio medico dell'Assicuratore composto da un Direttore Sanitario e da un'equipe di medici qualificati e specializzati, fornisce informazioni circa i seguenti argomenti di carattere medico-sanitario:

- reperimento di medici generici e specialistici;
- reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
- organizzazione di consulti medici;
- centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie con relativa disponibilità di letti;
- centri per cure termali;
- segnalazione di infermiere professionista. Il servizio non fornirà diagnosi o prescrizioni. **Resta a totale carico dell'Assicurato l'onorario dello specialista.**

2) Ricerca e/o prenotazione di posti letto

Su richiesta, l'Assicuratore provvederà a segnalare ed eventualmente prenotare posti letto presso centri di cura pubblici e privati attrezzati per la patologia specifica dell'Assicurato. **Il costo della degenza resta a totale carico dell'Assicurato.**

3) Informazioni sulla rete sanitaria nazionale pubblica e privata

Su richiesta, l'Assicuratore provvederà ad informare l'Assicurato circa i seguenti argomenti di carattere medico sanitario:

- presenza nella regione o provincia di residenza dell'Assicurato di centri di cura pubblici e privati;
- tariffe per tipologia di intervento;
- costi per il servizio di degenza presso la clinica richiesta dall'Assicurato;
- in caso di particolare gravità, preventivi di massima in base alle tariffe vigenti nella struttura sanitaria richiesta.

4) Segnalazione e/o prenotazione visita specialistica

Su richiesta, l'Assicuratore provvederà a segnalare ed eventualmente prenotare una visita specialistica. La Struttura Organizzativa si attiverà immediatamente dopo la richiesta e comunicherà entro le 48 ore successive la data dell'appuntamento. **Il costo della visita resta a totale carico dell'Assicurato.**

5) Segnalazione di medici convenzionati all'estero

L'Assicuratore, tramite la propria Struttura Organizzativa, garantisce all'Assicurato un servizio di informazioni fornendo segnalazioni su medici convenzionati all'estero.

6) Informazioni farmaceutiche

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa:

- assunzione dei farmaci;
- medicinali in sostituzione ad equivalenti non più in commercio o reperibili;
- controindicazioni relative a patologie in corso.

7) Informazioni turistiche

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa i seguenti argomenti di carattere turistico e ricreativo:

- viaggi (orari aerei, treni e traghetti, agenzie viaggi, alberghi, campeggi, ristoranti, stazioni sciistiche e termali, itinerari turistici, musei, fiere);
- informazioni amministrative (documenti per i viaggi all'estero, vaccinazioni).

8) Informazioni postali

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa i seguenti argomenti di carattere postale:

- modalità e tariffe per il recapito di una lettera e/o pacco in Italia ed all'estero;
- corrispondenza pacchi, telegrammi, uffici postali principali, vaglia.

9) Informazioni legali

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa i seguenti argomenti di carattere legale:

- famiglia (adozioni, affiliazione, comunione beni, divorzio, eredità, interdizione, matrimonio, paternità/maternità, separazione personale, successione, testamento, tutela, indirizzi di studi legali);
- casa (compravendita appartamenti, compravendita beni e servizi, condominio, affitti con patti in deroga, lavoro domestico).

10) Informazioni burocratiche e/o gestione documenti personali

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa i seguenti argomenti di carattere burocratico: emissioni e/o rinnovi (a titolo esemplificativo e non limitativo)

- certificati (cittadinanza, matrimonio, nascita, residenza, stato di famiglia);
- documenti personali (carta d'identità, codice fiscale, libretto di lavoro, libretto di pensione, passaporto, patente di guida);
- consulenze (Enti Pubblici);
- varie (carta di circolazione, revisione auto, registrazione e tassa cani).

11) Invio di un medico d'urgenza in Italia

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire urgentemente un medico e non riesca a mettersi in contatto con il proprio medico curante dalle ore 20.00 alle ore 08.00 o nei giorni festivi, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne uno convenzionato al domicilio dell'Assicurato. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, l'Assicuratore organizzerà in via sostitutiva il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante ambulanza. L'Assicuratore terrà a proprio carico i costi relativi. **La prestazione sarà fornita per massimo tre volte durante l'anno di validità del servizio, per Assicurato.**

12) Invio di un medico d'urgenza all'estero

Qualora l'Assicurato abbia 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, l'Assicuratore organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante ambulanza. Tale prestazione è a carico dell'Assicuratore. 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 massimo tre volte l'anno per Assicurato.**

13) Invio di medicinali urgenti in Italia

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di medicinali non reperibili in loco, ed in mancanza di medicine sostitutive, potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa per richiederne l'invio. **Restano a carico dell'Assicuratore le spese inerenti l'invio dei medicinali in questione, invio che potrà essere richiesto per massimo tre volte durante l'anno di validità del servizio, per Assicurato. Il costo dei medicinali resta a totale carico dell'Assicurato.** All'atto della richiesta l'Assicurato dovrà comunicare: nome del farmaco, modalità di somministrazione e nome della casa farmaceutica.

14) Invio di medicinali urgenti all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato, trovandosi all'estero, necessiti di medicinali non reperibili in loco (ma regolarmente registrati in Italia) ed in mancanza di medicinali locali sostitutivi, potrà rivolgersi alla Struttura Organizzativa per richiederne l'invio. Tale invio sarà assoggettato alle vigenti norme del Paese in cui si trova l'Assicurato ed alle norme che ne regolano il trasporto. **Il costo di tale prestazione resta a totale carico dell'Assicurato.** Al fine di ottimizzare i tempi, l'Assicurato dovrà comunicare: nome del farmaco, modalità di somministrazione e nome della casa farmaceutica.

15) Rientro sanitario

In caso di Infortunio e/o Malattia Improvvisa all'estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici dell'Assicuratore e dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui lo stesso 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 trasporto sanitario con il mezzo più appropriato:

- a) in un ospedale attrezzato in Italia per il prosieguo delle cure e/o ulteriori indagini diagnostiche;
- b) presso la sua residenza.

Tale mezzo, in base alle condizioni cliniche dell'Assicurato e ad insindacabile giudizio del servizio medico della Struttura Organizzativa di Assistenza, potrà essere:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato;

- autoambulanza;
- treno in prima classe, eventualmente in vagone letto.

Il costo di tale prestazione è a totale carico dell'Assicuratore. Se ritenuto necessario dall'equipe medica della Struttura Organizzativa verrà fornita l'assistenza medica e/o infermieristica durante il rientro sanitario. Il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico dell'Assicuratore. L'Assicuratore ha facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato. **Restano escluse 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.**

16) Rimpatrio della salma

L'Assicuratore organizza ed effettua il rimpatrio della salma fino al luogo di sepoltura della medesima, tenendo a proprio carico le spese fino ad un massimo di Euro 2.500,00. A questa prestazione viene anche abbinato il biglietto di aereo o treno di A/R per un parente residente in Italia, che voglia partecipare alle esequie. **Sono escluse le spese inerenti alla cerimonia funebre e alle eventuali spese di recupero della salma.**

17) Anticipo spese mediche all'estero

L'Assicuratore si impegna ad effettuare all'Assicurato un anticipo di denaro per le spese mediche, farmaceutiche e chirurgiche da sostenersi a seguito di Ricovero ospedaliero in seguito ad Infortunio e/o Malattia Improvvisa fino ad un massimo di Euro 2.500,00, contro opportuna garanzia bancaria o assegno circolare. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa il motivo della richiesta, la cifra necessaria, il suo attuale recapito che consentano all'Assicuratore di verificare la solvibilità dell'Assicurato. **L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 giorni dall'erogazione della stessa;** trascorso tale termine l'Assicuratore potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso bancario. **La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti dell'Assicuratore e se l'Assicurato non è in grado di fornire garanzie adeguate di rimborso ad insindacabile giudizio dell'Assicuratore.** La prestazione non è altresì operante in quei casi in cui l'espletamento della medesima contravvenga alle norme vigenti in materia valutaria.

18) Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato nel corso di un viaggio dovesse rientrare alla sua residenza a causa dell'avvenuto decesso in Italia di un suo familiare (genitori, figli, Coniuge, fratello, sorella, suoceri) contattando la Struttura Organizzativa potrà ottenere l'organizzazione del suo viaggio di rientro. L'Assicuratore terrà a suo carico le spese del viaggio in treno prima classe o in aereo di linea classe economica.

19) Reperimento ed invio di un'ambulanza in Italia

In caso di Infortunio e/o Malattia, qualora l'Assicurato necessiti a giudizio del medico curante e dei medici dell'Assicuratore di un trasporto in ambulanza, l'Assicuratore provvederà alla ricerca, al reperimento ed all'invio della stessa presso il domicilio dell'Assicurato. **La prestazione è a carico dell'Assicuratore nei casi d'Urgenza, per un massimo di tre volte durante l'anno di validità e con un massimo di Euro 300,00 per anno e per Assicurato.**

20) Invio di un medico specialista

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire un medico specialista d'urgenza, può contattare la Struttura Organizzativa che provvederà a reperire ed inviarne uno convenzionato al domicilio dell'Assicurato. **Il costo della prestazione professionale del medico specialista resta a carico dell'Assicurato.**

21) Interprete all'estero

Qualora l'Assicurato trovandosi all'estero venga ricoverato in ospedale a seguito di Infortunio e/o Malattia e abbia difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. **Tale prestazione sarà fornita per un massimo di cinque ore e comunque per un importo massimo di Euro 150,00.**

22) Segreteria telefonica per comunicazioni urgenti

In caso di Sinistro la Struttura Organizzativa mette a disposizione il proprio centralino per trasmettere eventuali messaggi urgenti a persone che l'Assicurato non riesce a contattare.

23) Invio di un infermiere a domicilio

Qualora nella settimana successiva al rientro dal Ricovero in ospedale l'Assicurato avesse bisogno di essere assistito e a seguito di una sua richiesta, l'Assicuratore provvederà a reperire e ad inviare al domicilio dell'Assicurato un infermiere. **Tale prestazione sarà fornita fino ad un massimo di tre volte durante l'anno di validità del servizio** ed i relativi costi saranno a carico dell'Assicuratore per un massimo complessivo di Euro 150,00.

24) Protezione carte di credito

Su richiesta e previa comunicazione di tutte le informazioni necessarie, l'Assicuratore provvederà immediatamente a comunicare con la Credit Club o banca dell'Assicurato per il blocco di carta di credito o assegni bancari.

25) Anticipo denaro in caso di smarrimento o furto di carta di credito o assegni

In caso di smarrimento o furto di carta di credito o assegni, l'Assicuratore si impegna ad effettuare all'Assicurato un anticipo di denaro per le spese di prima necessità che dovesse eventualmente sostenere fino ad un massimo di Euro 1.000,00, contro opportuna garanzia bancaria. **Il rimborso di tali anticipi dovrà essere effettuato dall'Assicurato entro 15 giorni.**

26) Invio bagaglio sostitutivo

Qualora l'Assicurato, durante un viaggio all'estero, smarrisca o subisca il furto del suo bagaglio, lo stesso potrà chiamare la Struttura Organizzativa e indicare una persona da contattare. L'Assicuratore provvederà poi a ritirare il nuovo bagaglio presso la persona contattata e ad inviarlo nel luogo comunicatogli dall'Assicurato.

In caso di spedizione via aerea, il bagaglio sarà a disposizione presso il più vicino aeroporto internazionale ed il peso del bagaglio non potrà essere superiore a 20 kg.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

ARTICOLO 18) 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, nella misura del 50% e di un ulteriore 50%, a partire dal compimento dell' 80° anno, calcolato su quanto riconosciuto nel periodo precedente, nel limite massimo comunque non superabile di Euro 200.000,00.

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.

ARTICOLO 19) LIMITE CATASTROFALE

Fermo il limite stabilito per il "Rischio volo" di cui alla lettera c), nel caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico dell'Assicuratore non potrà essere superiore a Euro 25.000.000. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo l'Assicuratore procederà alla riduzione proporzionale.

ARTICOLO 20) LIMITI TERRITORIALI

L'Assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo.

ARTICOLO 21) ESCLUSIONI

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. 14.3 "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;
- 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 subacquee;
- stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- 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.

ARTICOLO 22) 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.

ARTICOLO 23) CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi dell'Assicurato, la differenza tra l'Indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il 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 muore per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da Infortunio.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

ARTICOLO 24) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Ogni denuncia di Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore:

A. INFORTUNI

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare all'Assicuratore il Sinistro entro 15 giorni dall'Infortunio stesso o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che 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. 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 del contratto.

C. RECOVERY HOPE

La comunicazione di cui al punto 2) dell'Art. 15.5 "Recovery Hope" dovrà essere redatta 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 e, se sarà stata fornita all'Assicuratore la documentazione necessaria su tale stato. La domanda di pagamento dell'Indennizzo "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 che dovrà autorizzare il pagamento dell'Indennizzo "Recovery Hope".

ARTICOLO 25) PROVA

Colui che richiede l'Indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

ARTICOLO 26) CONTROVERSIE IN CASO DI SINISTRO

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio, 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 deve partire dall'Assicurato, o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, successivamente l'Assicuratore comunica all'Assicurato il nome del medico a sua volta designato.

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, l'Assicuratore convoca il Collegio Medico, invitando l'Assicurato 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 e competenze 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.

ARTICOLO 27) 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 27905333
Mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it