

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: Assicurazione 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?

È una polizza a copertura degli Infortuni che l'Assicurato subisca.



Che cosa è assicurato?

La polizza comprende le seguenti garanzie:

- ✓ Decesso a seguito di Infortunio;
- ✓ Invalidità Permanente da Infortunio;
- ✓ Rimborso delle Spese Mediche da Infortunio;
- ✓ Assistenza a seguito di Infortunio, mediante le prestazioni specificate in Polizza;
- ✓ Indennità da immobilizzazione;
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio;
- ✓ Inabilità Temporanea Totale per lavoratori autonomi conseguente ad Infortunio (opzionale).

L'assicuratore risarcisce il danno fino ad un importo massimo stabilito 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?

La polizza non opera nei seguenti casi:

- ✗ 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 paranoidi;
- ✗ Epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto;
- ✗ Malattie Pregresse e Recidive.

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 specifiche per ogni garanzia;
- ! Non sono assicurabili persone fisiche di età superiore a 75 anni. Tuttavia, non posso essere Assicurati persone fisiche che al momento dell'inserimento in copertura abbiano già compiuto i 70 anni di età;
- ! Non sono assicurabili persone fisiche affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.

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?

- ✓ Per la sezione Infortuni la copertura è valida in tutto il mondo.
- ✓ Per la sezione Assistenza la copertura è valida nella Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano



Che obblighi ho?

- L'Assicurato è tenuto a comunicare per il tramite dell'Intermediario o per iscritto all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'Aggravamento del Rischio, la sua diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto.
- L'Assicurato è tenuto a pagare il Premio all'assicuratore, con le modalità dallo stesso previste al momento della stipula della Polizza, a decorrere dalla data di Conclusione del Contratto. Il Premio, incluse le imposte, è calcolato sulla base del piano di copertura scelto ed è indicato nel Certificato di Assicurazione.
- Per la sezione Infortuni, in caso di sinistro, denunciarlo per iscritto all'Assicuratore entro 15 giorni, predisponendo un elenco dettagliato dei danni e fornendo tutte le informazioni e la documentazione richiesta dall'Assicuratore, nonché seguire tutte le indicazioni fornite dall'Assicuratore, sia quelle contenute in polizza che quelle comunicate dopo la denuncia del sinistro. L'Assicurato dovrà fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei dati personali.
- Per la sezione Assistenza, in caso di sinistro, denunciarlo alla Centrale Operativa entro 3 giorni, fornendo tutte le informazioni richieste, nonché seguire tutte le indicazioni fornite dalla Centrale Operativa, sia quelle contenute in polizza che quelle comunicate dopo la denuncia del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto a pagare il Premio all'Assicuratore mediante carta di credito oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato. La frequenza del pagamento è indicata nel Certificato di Assicurazione.

A piena tutela dell'Assicurato, le Somme Assicurate (ad eccezione di quelle relative alle prestazioni di Assistenza) sono rivalutate automaticamente ad ogni Ricorrenza Annuale e per i 10 anni successivi alla data di Conclusione del Contratto.

L'incremento annuo sarà pari al 3% dell'importo in vigore alla data di Conclusione del Contratto. Il Premio è rivalutato secondo le stesse modalità.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire al contratto. A partire da tale momento, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del contratto, a patto che il Contraente effettui il pagamento della prima Unità di Premio a suo carico. Il mancato pagamento della prima Unità di Premio a carico del Contraente comporta retroattivamente il venir meno della copertura assicurativa fin dalla data di Conclusione del contratto.

La polizza, emessa con durata a tempo indeterminato, è valida per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla frequenza di pagamento del premio scelta, a partire dalla Data di Conclusione del Contratto.

La copertura assicurativa cessa automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

L'Assicuratore può raccogliere la singola adesione alla polizza direttamente o per il tramite dell'Intermediario abilitato ed attraverso il canale web o per il tramite di operatori telefonici, i quali agiscono sotto il pieno controllo e la responsabilità diretta dell'Assicuratore e/o dell'Intermediario abilitato.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o tramite PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com, restando inteso che la polizza rimarrà in vigore per il periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione.

Il Contraente ha inoltre facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla Data di Conclusione del contratto, tramite raccomandata A/R o PEC come indicato in polizza. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Conclusione del contratto.

Resta inteso che in caso di esercizio del Diritto di Recesso, eventuali Sinistri occorsi non saranno indennizzati.

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Assicurazione Infortuni

DIP Aggiuntivo realizzato in: ottobre 2024. 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

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato di Chubb European Group SE. Il patrimonio netto di Chubb European Group SE al **31 Dicembre 2022 è pari a € 2.850.217.347** e comprende il capitale sociale pari a **€ 896.176.662** e le riserve patrimoniali pari a **€ 1.954.040.685**. Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al **177%**, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a **€ 1.586.570.350** e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a **€ 2.805.573.061**. Il requisito patrimoniale minimo è pari a **€ 713.956.658**. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <https://www.chubb.com/uk-en/about-us/europe-financial-information.aspx>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quanto riportato nel DIP



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

I rischi esclusi per tutte le garanzie:

- ✗** Malattie Pregresse e/o Recidive;
- ✗** 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 paranoidi;
- ✗** eventi derivanti da stato di intossicazione acuta da droghe o alcool;
- ✗** eventi derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗** atti di temerarietà, suicidio o tentato suicidio, compresi gli atti di autolesionismo;
- ✗** delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;

- ✗ la pratica sportiva professionale;
- ✗ sport che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco, ancorché sportive;
- ✗ pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo, wingsuit);
- ✗ attività sportive svolte senza le necessarie autorizzazioni (ad esempio brevetti e licenze);
- ✗ sport estremi in generale;
- ✗ uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- ✗ sport comportanti l'uso di veicoli motorizzati o di natanti a motore;
- ✗ gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti;
- ✗ epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto;
- ✗ eventi derivanti dall'inosservanza delle prescrizioni e indicazioni mediche;
- ✗ eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- ✗ eventi derivanti 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.);
- ✗ eventi derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere nazionale.

Esclusioni specificatamente applicabili alla copertura "Rimborso delle Spese mediche a seguito di Infortunio":

- ✗ i ricoveri per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico;
- ✗ i ricoveri esclusivamente a carattere assistenziale o fisioterapico, a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto dalla Polizza (ed in tal caso, entro i massimali previsti);
- ✗ i ricoveri in stabilimenti termali;
- ✗ i ricoveri per effettuare ricerche, analisi di routine o periodiche (check-up) a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto da questa Polizza (ed in tal caso, entro i massimali previsti);
- ✗ i ricoveri dovuti a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
- ✗ il pronto soccorso non seguito da Ricovero;
- ✗ le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- ✗ le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche che non siano una diretta conseguenza di Infortunio.

Esclusioni specificatamente applicabili alla copertura "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio":

- ✗ i ricoveri, per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici;
- ✗ i ricoveri per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio);
- ✗ le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- ✗ i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, riposo, convalescenza o Istituti di cura che non rispondono alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- ✗ la permanenza in pronto soccorso non seguita da un Ricovero;

✘ i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da Sinistro indennizzabili



Ci sono limiti di copertura?

- ! Chubb 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, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali.
- ! Non sono Assicurabili persone fisiche di età superiore a 75 anni. Tuttavia, non posso essere Assicurati persone fisiche che al momento dell'inserimento in Copertura abbiano già compiuto i 70 anni di età.
- ! Non sono assicurabili persone fisiche affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.
- ! È prevista l'applicazione delle franchigie riportate nella seguente tabella:

Garanzie	Piano Start	Piano Premium	Piano Top
Invalidità Permanente a seguito di Infortunio			
Franchigia	Assoluta 7%, ridotta al 3% per incidenti domestici	Assoluta 5%, ridotta al 3% per incidenti domestici	Assoluta 5%, ridotta al 3% per incidenti domestici
Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio			
Franchigia	Assoluta € 100	Assoluta € 100	Assoluta € 100
Indennità da Immobilizzazione			
Franchigia	Relativa 7 giorni	Relativa 7 giorni	Relativa 5 giorni
Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio			
Franchigia	Relativa 3 giorni	Relativa 1 giorno	Relativa 1 giorno
Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori Autonomi a seguito di Infortunio			
Franchigia	Assoluta 7 giorni	Assoluta 7 giorni	Assoluta 5 giorni



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

La Denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata entro 15 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata. In caso di Denuncia del Sinistro all'Assicuratore, l'Assicurato può inoltrare la Denuncia scritta a mezzo:

- online, sul sito <https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT> (si consiglia l'utilizzo da PC, evitando la navigazione da cellulare o con browser Safari).
- via e-mail, a Heyconadassicurazioni.sinistri@chubb.com
- via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

L'elenco completo dei documenti da fornire a Chubb è contenuto nelle Condizioni di Assicurazione in relazione a ogni specifica garanzia.

Assistenza diretta/in convenzione: La polizza prevede Prestazioni di Assistenza fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'assicuratore.

	<p>Gestione da parte di altre imprese: La Polizza prevede per la sezione "Prestazioni di Assistenza" la gestione dei sinistri da parte di altre imprese. Per ogni richiesta di assistenza, l'Assicurato dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società ai seguenti numeri telefonici:</p> <ul style="list-style-type: none"> - +39 06 42 11 58 91 (per le prestazioni di Assistenza medica e domiciliare non sanitaria)
	<p>Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.</p>
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto.
Obblighi dell'Impresa	La Polizza prevede un termine di 30 giorni entro il quale Chubb si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Il Premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge - Il Premio è calcolato sulla base del Piano scelto durante il processo di acquisto. - <u>Il Premio per persona/mese è come da tabella sottostante:</u> 		
		Tipologia di Assicurato	
	Garanzie	Singolo Assicurato o Persone non conviventi	Coniugi/conviventi. Figli legalmente dipendenti.
	Decesso a seguito di infortunio; Invalidità Permanente a seguito di Infortunio; Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio; Assistenza a seguito di Infortunio, mediante le prestazioni specificate in Polizza; Indennità da Immobilizzazione; Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio;	Start: 15,00 € /mese Premium: 22,00 € /mese Top: 28,00 € /mese	Start: 12,50 € /mese Premium: 19,00 € /mese Top: 24,00 € /mese
Premio aggiuntivo per Inabilità Temporanea Totale per professionisti a seguito di Infortunio;	Start: 4,50 € /mese Premium: 7,00 € /mese Top: 8,50 € /mese	Start: 4,50 € /mese Premium: 7,00 € /mese Top: 8,50 € /mese	
Rimborso	La polizza non prevede casi di rimborso del premio, tranne in caso di Recesso da parte dell'Assicurato. In tal caso la Polizza sarà annullata dalla data di sottoscrizione e l'Assicuratore rimborserà al Contraente il premio già pagato, senza trattenuta alcuna.		



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	La Polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
--	---

Risoluzione	La Polizza prevede i casi di Disdetta del Contratto e Diritto di Recesso, in cui il Contraente possa risolvere il contratto.
--------------------	--



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano con un'età massima di 75 anni compiuti. Tuttavia, al momento dell'inserimento in copertura, il prodotto è rivolto alle Persone fisiche, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano con un'età massima di 70 anni compiuti



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. 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: http://www.ec.europa.eu/fin-net . 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.

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito 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 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 del presente Contratto di Assicurazione.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE.

PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE, POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

L'AREA RISERVATA È ALL'INDIRIZZO: <https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT>

Assicurazione Infortuni

Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni

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

Ed. 10/2024

The logo for HEYCONAD ASSICURAZIONI is located in the bottom right corner of the page. It features a stylized yellow flower icon to the left of the text. The text "HEYCONAD" is in a bold, red, sans-serif font, and "ASSICURAZIONI" is in a bold, black, sans-serif font below it. The logo is set against a white background that is part of a larger graphic element consisting of overlapping orange and yellow curved lines.

CONTATTI

Servizio Clienti

È possibile contattare il Servizio Clienti, alternativamente:

- dall'Italia, al numero 800 199 809 dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali;
- dall'estero, al numero +39 0287345409;
- via e-mail, a servizioclienti.chubb@chubb.com

Il Servizio Clienti è a disposizione per richieste relative alla gestione della polizza quali ad esempio:

- ottenere informazioni sulla polizza
- comunicare variazioni anagrafiche
- comunicare disdetta dalla polizza (via telefono, PEC o Raccomandata)

Denuncia Sinistri

È possibile denunciare un Sinistro:

online, sul sito:

<https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT>
(si consiglia l'utilizzo da PC, evitando la navigazione da cellulare o con browser Safari).

- via e-mail, a Heyconadassicurazioni.sinistri@chubb.com
- via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

Richiesta di Assistenza Medica e domiciliare non sanitaria

Può contattare la **Centrale Operativa** al numero:

- +39 06 42 11 58 91

INDICE

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA	3
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	7
Art. 1 Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente	7
Art. 2 Variazioni di Rischio	7
Art. 3 Determinazione del premio di assicurazione	7
Art. 4 Pagamento del Premio di assicurazione	7
Art. 5 Inizio della copertura assicurativa. Diritto di recesso	8
Art. 6 Durata del contratto. Modalità di disdetta	8
Art. 7 Altre assicurazioni	9
Art. 8 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 9 Foro competente	9
Art. 10 Oneri fiscali	9
Art. 11 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge	9
Art. 12 Forma delle comunicazioni	9
Art. 13 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione	10
Art. 14 Dati Personali	10
TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI	11
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	13
Art. 15 Oggetto dell'Assicurazione	13
Art. 16 Persone Assicurabili	13
Art. 17 Prestazioni Assicurate	13
17.1 Decesso a seguito di Infortunio	13
17.2 Morte presunta	14
17.3 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio	14
17.4 Rimborso Spese Mediche da Infortunio	14
17.5 Indennità da Immobilizzazione	15
17.6 Diaria da ricovero a seguito di Infortunio	15
Art. 18 Garanzia opzionale a scelta del Contraente	15
18.1 Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori Autonomi a seguito di Infortunio	15
Art. 19 Prestazioni di Assistenza	15
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI	20
Art. 20 Persone Non Assicurabili e limiti di età	20
Art. 21 Limiti Territoriali	20
Art. 22 Limiti di sottoscrizione	20
Art. 23 Eventi non considerati Infortuni assicurati	20
Art. 24 Criteri di ammissibilità dei referti medici	20
Art. 25 Criteri di Indennizzabilità	20
Art. 26 Esclusioni	20
26.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie	20
26.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio"	21
26.3 Esclusioni applicabili alla garanzia "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio"	21
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO	23
Art. 27 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	23
Art. 28 Obblighi specifici applicabili alla sezione "Prestazioni di Assistenza"	23
Art. 29 Condizioni per l'erogazione della prestazione di Second Opinion	24
Art. 30 Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro.	24
Art. 31 Prova	25
Art. 32 Pagamento dell'Indennizzo	25
Informativa sul trattamento dei Dati Personali	26
Come presentare un Reclamo	27

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcune parole del glossario assicurativo, nonché quei termini che, 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.

Assicurato: la persona fisica che presenta i requisiti di assicurabilità e il cui interesse è coperto dalla Polizza.

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

Assicurazione Infortuni: il Contratto con il quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un Indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un Infortunio.

Assicurazione: il Contratto con il quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un Indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un 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 parte del Periodo di Assicurazione 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.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 – 00156 – Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della medesima, le prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

Certificato di Assicurazione: il documento riepilogativo delle principali condizioni di Polizza emesso dall'Assicuratore a conferma della stipula della Polizza Collettiva e dell'operatività della copertura assicurativa.

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/Assicurato.

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.

Condizioni Patologiche Preesistenti: patologie antecedenti la Data di Inizio della Copertura indicata sul Certificato di assicurazione purché note all'Assicurato. Si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato, prima della Data di Inizio della Copertura sia stato visitato e/o curato da un medico, abbia usufruito di servizi o attrezzature cliniche o simili e abbia ottenuto una prescrizione medica o farmacologica.

Contraente: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con l'Assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Conclusione del Contratto: il momento in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire al presente Contratto di assicurazione.

Contratto: il Contratto di Assicurazione stipulato dal Contraente in nome proprio e nell'interesse degli Assicurati, 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.

Data di Adesione: le ore 24 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire alla presente polizza e a partire dalla quale il Contratto di Assicurazione ha piena efficacia, vale a dire l'Assicuratore si impegna a garantire

le prestazioni assicurate, a patto che il Contraente paghi almeno la prima Unità di Premio. La data è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Decorrenza: la data dalla quale la Polizza diventa operante e ha inizio l'Assicurazione.

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

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.

Diritto di Recesso: il diritto del Contraente/Assicurato di recedere dal Contratto di Assicurazione e farne cessare gli effetti annullando l'Assicurazione dalla data di Conclusione del Contratto.

Disdetta: la comunicazione che il Contraente o l'Assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal Contratto, per manifestare la propria volontà di interrompere il Contratto di Assicurazione, limitatamente alla propria posizione assicurativa.

E

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

Evento: il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'Assicurazione e che determina la richiesta delle Prestazioni Assicurate incluse quelle di Assistenza.

F

Franchigia/Scoperto: la parte di Danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso (Franchigia) o in una percentuale sul Danno indennizzabile (Scoperto). 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.

I

Imposta sulle Assicurazioni: Imposta che si applica al Premio di Assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla Legge.

Inabilità Totale Temporanea da Infortunio: si intende l'incapacità totale a svolgere per un periodo di tempo limitato la propria normale attività lavorativa a seguito di Infortunio

Incidente Domestico: un incidente che comporta la compromissione temporanea o definitiva delle condizioni di salute di una persona, a causa di lesioni di vario tipo, che si verifica indipendentemente dalla volontà umana e che si verifica in un'abitazione, intesa come l'insieme dell'appartamento vero e proprio e di eventuali estensioni esterne, come, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, balconi, giardino, garage, cantina, scala.

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. Ai fini di chiarezza del testo contrattuale, si precisa che l'Infortunio esclude qualsiasi forma di contagio, ivi incluso quello avvenuto tramite puntura.

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

Intermediario: l'Intermediario assicurativo, Conad Discovery Srl, iscritto alla sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) al n° A000760026, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente Contratto di Assicurazione.

Istituto di Cura: l'ospedale, 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.

Invalità Permanente: la perdita totale o parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo.

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

Lavoratore Autonomo: la persona fisica che, al momento del Sinistro eserciti un'attività lavorativa regolare e che non percepisca, ai fini IRPEF, un reddito da lavoro dipendente o da pensione e che percepisca almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi da lavoro autonomo), 51 (redditi da impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n.917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.

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

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: stato patologico di alterazione dello stato di salute, non dipendente/consequente ad Infortunio, la cui manifestazione si presenti per la prima volta dopo la Decorrenza della presente Assicurazione e durante la validità della copertura.

Malattia Progressiva/Recidiva: qualsiasi stato patologico, difetto fisico, Malattia o alterazione dello stato di salute preesistente rispetto alla decorrenza della copertura assicurativa, anche in forma recidiva, per cui la sua ultima manifestazione è avvenuta nei 12 mesi antecedenti l'evento causa del sinistro.

Massimale/Somma assicurata: 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: il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza della Polizza corrispondente alla frequenza di pagamento del Premio prescelta dal Contraente.

Polizza: il documento che prova il Contratto di Assicurazione.

Polizza Collettiva/Convenzione: il Contratto di Assicurazione gestito dall'Intermediario.

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

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.

R

Reclamo: una dichiarazione scritta di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore o dell'Intermediario 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 da tutti coloro che sono portatori di un interesse (assicurati, contraenti, aderenti, beneficiari, ecc.).

Ricorrenza: ogni scadenza periodica dalla data di Conclusione del Contratto prescelta dal Contraente ai fini dell'individuazione del Periodo di Assicurazione e del pagamento del Premio, a seconda della scelta effettuata dal Contraente, può essere mensile, trimestrale, semestrale o annuale.

Ricorrenza Annuale: ogni anniversario di Polizza, calcolato in 12 mesi dalla data di Conclusione del Contratto.

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 inclusa la permanenza presso un reparto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a Ricovero o a permanenza presso un reparto O.B.I.. Resta inteso che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come giorno di 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

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

Sinistro: il verificarsi dell'Evento Dannoso Assicurato.

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.

Tutore Immobilizzante: Apparecchio ortopedico, variamente modellato in acciaio, cuoio, materie plastiche, con finalità di sostegno, correzione e sussidio funzionale.

V

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

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, ha acquisito dal Contraente prima dell'Adesione ogni informazione utile a identificare le sue richieste ed esigenze assicurative, al fine di valutarne la coerenza rispetto al contratto offerto. L'Intermediario ha presentato il prodotto assicurativo al Contraente in una forma comprensibile fornendo informazioni oggettive al fine di consentirgli di prendere una decisione informata.

L'Assicuratore garantisce le Prestazioni oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato, che pertanto devono manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia la mancata liquidazione dell'Indennizzo o un Indennizzo ridotto, sia il Recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 2 Variazioni di Rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare per il tramite dell'Intermediario e per iscritto all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'Aggravamento del Rischio, la sua Diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del Premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale. Le variazioni rilevanti sono quelle che hanno un'incidenza sulla gravità e sull'intensità del Rischio assicurativo tale da alterare l'equilibrio tra il Rischio stesso e il Premio.

Art. 3 Determinazione del premio di assicurazione

Il Premio di assicurazione è pari ad una Unità di Premio – cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa comprensivo delle Imposte applicabili o a un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile, trimestrale, semestrale o annuale) – ed è determinato in base alle persone indicate come Assicurati nel Certificato Personale di Assicurazione, come riportato nella "Tabella del Premio" presente nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo"). Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione.

****Avvertenza ****

A piena tutela dell'Assicurato, le Somme Assicurate (ad eccezione di quelle relative alle Prestazioni di Assistenza) sono rivalutate automaticamente ad ogni Ricorrenza Annuale e per i 10 anni successivi alla data di Conclusione del Contratto.

L'incremento annuo sarà pari al 3% dell'importo in vigore alla data di Conclusione del Contratto. Il Premio è rivalutato secondo le stesse modalità.

Art. 4 Pagamento del Premio di assicurazione

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio di assicurazione a decorrere dalla Data di Conclusione del Contratto, mediante addebito automatico su una carta di credito di cui è titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato. Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per il Contraente di comunicare tempestivamente all'Assicuratore le modifiche da apportare per il corretto addebito del Premio. L'eventuale attivazione dell'addebito diretto su un conto corrente bancario potrà avvenire in ogni momento mediante l'approvazione del relativo mandato da parte del Contraente, nel rispetto delle procedure previste per l'utilizzo di questo strumento di pagamento.

Resta inteso che, a prescindere dalla durata del periodo di Ricorrenza, l'Assicuratore concede uno sconto pari ad una mensilità; tale importo è dedotto da quanto dovuto rispetto al primo Premio dovuto e alla fine del mese gratuito il Contraente corrisponderà il Premio relativo al secondo mese o la differenza rispetto a quanto dovuto fino alla prima Ricorrenza. Il mancato pagamento della prima unità di Premio a carico del Contraente dopo il godimento del primo mese di

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 – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – 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 de 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

copertura a carico dell'Assicuratore comporta retroattivamente il venir meno della copertura assicurativa fin dalla data di Conclusione del contratto. In tal caso i Sinistri verificatisi nel primo mese di copertura non daranno luogo all'erogazione dei servizi assicurativi previsti dal Contratto.

Art. 5 Inizio della copertura assicurativa. Diritto di recesso

Il Contratto di Assicurazione si intende concluso e perfezionato nel momento in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire alla presente Polizza.

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalla mezzanotte della data di Conclusione del Contratto: da tale momento l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto della presente Polizza, tranne per le prestazioni soggette a Carenza, riportate nella SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Contraente - richiesta in conformità alla vigente normativa nel quadro dell'art. 1888 del Codice Civile e della Legge applicabile - ha una finalità esclusivamente probatoria, pertanto la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del Contratto di Assicurazione o la possibilità per il Contraente di esercitare pretese di annullamento dello stesso al di fuori delle modalità previste nella presente Sezione.

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro i 30 giorni successivi alla data di Conclusione del Contratto (riportata sul Certificato Personale di Assicurazione), comunicando all'Assicuratore la sua volontà, a sua scelta:

- -
- a mezzo lettera raccomandata A/R all'indirizzo Chubb European Group SE, Via Fabio Filzi, 29 – 20124, Milano
- a mezzo PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com
- contattando il numero telefonico dedicato riportato nel Certificato Personale di Assicurazione

In tal caso il Contratto sarà automaticamente annullato dalla data di Conclusione del Contratto, senza alcun addebito a carico del Contraente, considerata la gratuità del primo mese di copertura.

Esempio del funzionamento del Diritto di Recesso:

Il Contraente aderisce il giorno 15 aprile 2025. La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno.

Entro le ore 24 del 15 maggio 2025, il Contraente potrà annullare il Contratto e liberarsi dall'obbligo del pagamento del Premio, purché comunichi la sua volontà di esercitare il Diritto di Recesso.

Art. 6 Durata del Contratto. Modalità di Disdetta

Il presente Contratto di Assicurazione, emesso con Durata a tempo indeterminato, salvo quanto previsto al successivo paragrafo, è valido per Periodi di Assicurazione ricorrenti, definiti in base alla Frequenza di Pagamento del Premio scelta, a partire dalla Data di Conclusione del Contratto.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento contattando il servizio clienti ai riferimenti indicati nella pagina iniziale Contatti oppure a mezzo raccomandata A/R all'indirizzo Chubb European Group SE, Via Fabio Filzi, 29 – 20124, Milano o tramite PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com. Resta inteso che il presente Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il periodo di assicurazione per il quale è già stato corrisposto il Premio.

L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi cinque anni dalla Data di Effetto del Contratto, eccetto nel caso in cui l'Assicuratore decida di interrompere o trasferire la totalità dei contratti assicurativi a cui il presente Contratto di Assicurazione appartiene per tipologia.

Dopo i primi cinque anni, l'Assicuratore potrà dare Disdetta in qualsiasi momento. La Disdetta sarà in ogni caso comunicata, a mezzo raccomandata A/R o PEC, almeno 30 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio.

Tutti i recapiti necessari per comunicare con l'Assicuratore sono riportati a pagina 1 della presente Polizza intitolata "CONTATTI".

Art. 7 Altre assicurazioni

Per quanto riguarda la garanzia "Spese Mediche a seguito di Infortunio", se il Contraente/Assicurato ha contratto separatamente più assicurazioni, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913 del Codice Civile, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Per le altre garanzie, il Contraente/Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre compagnie di Assicurazione o con l'Assicuratore.

L'Assicurato può domandare a ciascun assicuratore l'Indennità dovuta secondo il rispettivo Contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del Danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso verso gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle Indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la propria quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

L'Assicurato deve inoltre mettere a disposizione dell'Assicuratore tutta la documentazione utile alle indagini e alle verifiche del caso.

Con riguardo alla garanzia "Spese Mediche a seguito di Infortunio", se, al momento di un evento per il quale viene successivamente denunciato un Sinistro ai sensi della presente Polizza, c'è un altro assicuratore che copre la stessa perdita, Danno, spesa o responsabilità, allora la presente Assicurazione opera a secondo rischio entro il Massimale.

Inoltre, le garanzie di cui alla presente polizza non sono cumulabili con altre a copertura del medesimo rischio sottoscritte dall'Assicuratore.

Art. 8 Rinuncia al diritto di 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. 9 Foro competente

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

Art. 10 Oneri fiscali

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

Art. 11 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato. L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto 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 stesso.

Art. 12 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario fatta salva la Disdetta del Contraente, le variazioni anagrafiche e l'aggiunta o la rimozione di un assicurato in copertura che possono essere effettuate anche telefonicamente.

Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle parti.

Art. 13 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione

Le condizioni contrattuali previste dalla presente Polizza sono disponibili sul sito dell'Intermediario e della Compagnia. Sarà responsabilità dell'Intermediario garantire che il Contraente/Assicurato possa prendere visione delle Condizioni di Assicurazione mediante supporto cartaceo o digitale.

Art. 14 Dati Personali

L'Assicuratore e l'Intermediario provvederanno, ciascuna per quanto di propria rispettiva competenza, agli obblighi a loro carico quali titolari o responsabili del trattamento di Dati Personali degli Assicurati ai sensi della normativa vigente.

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

Le Garanzie si intendono operanti solo se richiamate nel Certificato di Assicurazione.

Garanzie	Piano Start	Piano Premium	Piano Top
Decesso a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000
Invalità Permanente a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 50.000	€ 100.000	€ 150.000
Franchigia	Assoluta 7%, ridotta al 3% per incidenti domestici	Assoluta 5%, ridotta al 3% per incidenti domestici	Assoluta 5%, ridotta al 3% per incidenti domestici
Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 1.000	€ 2.000	€3.000
Franchigia	Assoluta € 100	Assoluta € 100	Assoluta € 100
Assistenza a seguito di Malattia			
Consulenza medica telefonica 24h	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Teleconsulto	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Second opinion	Massimo 2 prestazioni per anno	Massimo 2 prestazioni per anno	Massimo 2 prestazioni per anno
Trasferimento programmato in autoambulanza	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Segnalazione medico specialista	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Assistenza Infermieristica	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Assistenza psicologica	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Assistenza a seguito di Infortunio			
Consulenza medica telefonica 24h	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Teleconsulto	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Trasferimento programmato in autoambulanza	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Segnalazione medico specialista	Operante senza limiti	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Assistenza Infermieristica	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Assistenza psicologica	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Invio fisioterapista	€ 150 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 1.00156. 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 de 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

		anno	
Assistenza sanitaria e domiciliare non sanitaria a seguito di Infortunio			
Reperimento di presidi medico-chirurgici	Non operante	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Reperimento e Consegna farmaco	Non operante	Operante senza limiti	Operante senza limiti
Invio collaboratrice domestica	Non operante	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Invio baby-sitter	Non operante	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Invio dog sitter	Non operante	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 2 sinistri per anno
Consegna spesa a casa	Non operante	1 prestazione per settimana Massimo 2 sinistri per anno	1 prestazione alla settimana Massimo 2 sinistri per anno
Ricongiungimento familiare	Non operante	€ 250 per Sinistro Massimo 1 Sinistro per anno	€ 250 per Sinistro Massimo 1 Sinistro per anno
Accompagnamento minore a scuola	Non operante	5 prestazioni (andata e ritorno) per massimo 2 settimane; massimo 2 sinistri per anno	5 prestazioni (andata e ritorno) per massimo 2 settimane; massimo 2 sinistri per anno
Indennità da Immobilizzazione a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 150 Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici	€ 250 Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici	€ 500 Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici
Franchigia	Relativa 7 giorni	Relativa 7 giorni	Relativa 5 giorni
Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 100 al giorno Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici. Per un massimo di 30 giorni.	€ 125 al giorno Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici. Per un massimo di 45 giorni.	€ 150 al giorno Somma raddoppiata in caso di incidenti domestici. Per un massimo di 45 giorni.
Franchigia	Relativa 3 giorni	Relativa 1 giorno	Relativa 1 giorno
Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori Autonomi a seguito di Infortunio			
Somma Assicurata	€ 100 al giorno Per un massimo di 30 giorni	€ 125 al giorno Per un massimo di 45 giorni	€ 150 al giorno Per un massimo di 45 giorni
Franchigia	Assoluta 7 giorni	Assoluta 7 giorni	Assoluta 5 giorni

Avvertenza

Le somme assicurate (ad eccezione di quelle relative alle prestazioni di assistenza) e i Premi sono rivalutati automaticamente ad ogni ricorrenza annuale e per i 10 anni successivi alla data di Conclusione del Contratto. La rivalutazione annua sarà corrispondente al 3,0% delle somme assicurate e dei premi in vigore alla data di Conclusione del Contratto. La rivalutazione verrà applicata ad ogni Ricorrenza Annuale successiva alla data di Conclusione del Contratto.

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 15 Oggetto dell'Assicurazione

La presente Polizza copre le conseguenze derivanti dagli Infortuni che l'Assicurato subisca nel corso di validità del Contratto. Resta inteso che si considerano valutabili solo i sinistri verificatisi a partire dalla data di inizio copertura, come meglio spiegato sotto.

Nello specifico l'Assicurazione comprende le seguenti garanzie:

- a) Decesso a seguito di Infortunio;
- b) Invalidità Permanente a seguito di Infortunio;
- c) Rimborso delle Spese Mediche a seguito di Infortunio;
- d) Assistenza sanitaria e domiciliare non sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia;
- e) Indennità da Immobilizzazione;
- f) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio.

Oltre alle garanzie appena elencate, l'Assicurazione prevede la possibilità di selezionare la seguente garanzia opzionale:

- Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori Autonomi a seguito di Infortunio.

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

- l'asfissia meccanica (quale ad esempio l'annegamento);
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo con l'Esclusione di Infarti e delle ernie e di quanto indicato all'Art.21 della presente Polizza;
- gli Infortuni derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, ma solo per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, e purché 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;
- gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 16 Persone Assicurabili

Il Contraente può aderire al presente Contratto purché abbia un'età di almeno 18 anni compiuti al momento della Conclusione del Contratto. Sono assicurate solo le persone fisiche, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano con un'età massima di 75 anni compiuti. Tuttavia, non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano già compiuto i 70 anni d'età.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza immediatamente successiva annuale al compimento del 75° anno di età.

Art. 17 Prestazioni Assicurate

17.1 Decesso a seguito di Infortunio

Qualora a seguito di Infortunio, l'Assicurato deceda e purché ciò avvenga entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio si è verificato, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario ovvero alla persona designata come tale per iscritto dal Contraente all'Assicuratore, l'Indennizzo indicato nel Certificato di Assicurazione. In difetto di designazione, l'Assicuratore considererà come "Beneficiario" dell'Indennizzo gli eredi legittimi in parti uguali, anche in presenza di un testamento non contenente nomina di un beneficiario. L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente Contratto di Assicurazione, modificare l'indicazione del Beneficiario con comunicazione scritta all'Assicuratore o per testamento.

Alla presente garanzia non è applicata alcuna Franchigia ed è valida in tutto il mondo.

17.2 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 liquida ai Beneficiari designati l'Indennità assicurata per il caso di morte. In difetto di designazione, l'Assicuratore considererà come "Beneficiario" dell'Indennizzo gli eredi legittimi in parti uguali. In ogni caso la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, secondo quanto previsto dagli Artt. 59, 60, 61, 62 e 63 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento totale o parziale dell'Indennità da parte dell'Assicuratore, risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione dell'Indennizzo pagato. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

Alla presente garanzia non è applicata alcuna Franchigia ed è valida in tutto il mondo.

17.3 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Se l'Infortunio dell'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo l'Indennità indicata nel Certificato di Assicurazione e calcolata sulla somma assicurata moltiplicata per la percentuale di Invalidità Permanente determinata secondo la Tabella INAIL, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a Malattia professionale. 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 nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi". Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla Tabella INAIL 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 1/3 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 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

Supervalutazione del grado di Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio dell'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente uguale o superiore al 40% e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore erogherà il 100% della Somma Assicurata indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" a seconda del piano di copertura scelto.

17.4 Rimborso Spese Mediche da Infortunio

In caso di Infortunio, come definito ai sensi della presente Polizza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato le spese mediche sostenute entro la somma indicata riportata nella "Tabella delle prestazioni e degli indennizzi".

Si precisa che per "spese mediche" si intendono:

- le spese ospedaliere o cliniche;
- gli onorari a medici e a chirurghi;
- gli accertamenti diagnostici e gli esami di laboratorio;
- le spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio;
- le spese fisioterapiche in genere e le spese farmaceutiche;

- le 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.

La garanzia è prestata con la Franchigia prevista all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

Si conviene inoltre che, se l'Assicurato fruisce di ulteriori analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la presente garanzia è limitata all'eventuale eccedenza non rimborsata.

17.5 Indennità da Immobilizzazione

Qualora, a seguito di Infortunio, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente, l'Assicuratore liquiderà all'Assicurato stesso l'Indennità riportata sulla "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

Per infortuni che abbiano per conseguenze fratture al viso, alle costole o lussazioni della spalla saranno considerate come gesso le applicazioni di tutori e le fasciature di ogni genere.

La garanzia è prestata con la Franchigia prevista all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

17.6 Diaria da ricovero a seguito di Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio, lo stesso renda necessario il Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, per almeno 24 ore consecutive e/o almeno un pernottamento, l'Assicuratore verserà all'Assicurato un'indennità giornaliera, entro il Massimale e i limiti indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli indennizzi". L'Assicuratore, per ogni giorno di Ricovero, corrisponde l'Indennità forfettaria, indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata. La liquidazione dell'Indennità dovuta viene effettuata a Ricovero ultimato e su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di Ricovero con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura. Si precisa che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come giorno di Ricovero.

La garanzia è prestata con la Franchigia prevista all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" ed è valida in tutto il mondo.

Art. 18 Garanzia opzionale a scelta del Contraente

18.1 Inabilità Temporanea Totale per Lavoratori Autonomi a seguito di Infortunio

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato fosse un Lavoratore Autonomo e un Infortunio provocasse una Inabilità Temporanea Totale al lavoro, l'Assicuratore liquiderà l'Indennità giornaliera indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" per tutto il tempo in cui l'Assicurato si sarà trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle occupazioni dichiarate. L'Indennità totale non dovrà comunque essere superiore al 75% della media mensile lorda degli ultimi 12 mesi dichiarati all'interno dell'IRPEF/modello unico.

L'Indennità per Inabilità Temporanea Totale verrà corrisposta entro i termini e per il periodo massimo indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

L'Assicuratore cesserà la corresponsione dell'Indennità il giorno in cui:

- il trattamento medico dell'Assicurato fosse considerato completo da idonea certificazione medica e l'Assicurato sia guarito, o
- l'inabilità totale al lavoro fosse terminata, oppure
- il grado di Invalidità Permanente potrà essere determinato, o
- con la morte dell'Assicurato.

Art. 19 Prestazioni di Assistenza

In caso di Infortunio e Malattia come definito ai sensi della presente Polizza, la Centrale Operativa fornirà le prestazioni di Assistenza di seguito specificate.

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;

- previa approvazione della Centrale Operativa;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo Sinistro;
- con costi a carico dell'Assicuratore entro i limiti e i Massimali previsti per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Assistenza medica a seguito di Infortunio e Malattia

A. Consulenza medica telefonica 24h

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio e Malattia. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

B. Teleconsulto

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio e Malattia, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

C. Second Opinion

Qualora l'Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- oncologiche
- cerebrovascolari
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla)
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc)
- insufficienza renale
- problemi ortopedici/fratture
- diabete
- patologie pediatriche
- gastroenterologiche
- dermatologiche
- oculistiche
- endocrinologiche

- pneumologiche
- geriatriche
- psicologiche
- ginecologiche
- urologiche.

Il parere medico complementare, inviato a seguito del ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante. Il servizio di Second Opinion non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta la prestazione.

La prestazione può essere richiesta fino a due volte per anno.

D. Trasferimento programmato in autoambulanza

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato qualora, a seguito di Infortunio o Malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'Istituto di Cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'Istituto di Cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Centrale Operativa mediante autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico. Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate.

La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

E. Segnalazione medico specialista

Qualora, in seguito al consulto medico telefonico con la Centrale Operativa, l'Assicurato necessiti di una visita specialistica, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa, segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al domicilio o residenza dell'Assicurato.

F. Assistenza Infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio o Malattia, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

G. Assistenza psicologica

Qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico nei 60 (sessanta) giorni successivi all'Infortunio o Malattia, l'Assicuratore, tramite la Centrale Operativa, terrà a proprio carico i costi relativi alla nomina di uno specialista per la riabilitazione finalizzata al recupero dell'equilibrio psicologico. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi". In caso di Decesso dell'Assicurato, la prestazione viene fornita ad uno o più familiari di primo grado con il limite dei Massimali indicati nella citata Tabella.

Assistenza medica a seguito di Infortunio

H. Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

Caregiving - Assistenza domiciliare non sanitaria a seguito di Infortunio (operante per i Piani Premium e Top)

I. Reperimento di presidi medico-chirurgici

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dall'Istituto di Cura ove è stato ricoverato a seguito di Infortunio, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

La Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 (sessanta) giorni per Sinistro. Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi. Il rimborso si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

J. Reperimento e Consegna farmaco

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato versi in condizioni di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio, lui o, se minorenne, il suo legale rappresentante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente). La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

K. Invio collaboratrice domestica

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato versi in condizione di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, lui o, se minorenne, il suo legale rappresentante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

L. Invio baby-sitter

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby-sitter. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

M. Invio dog sitter

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, lui o, se minorenne, il suo legale rappresentante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

N. Consegna spesa a casa

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato versi in condizione di Inabilità Totale Temporanea, comprovata da certificazione del medico curante, nei 14 (quattordici) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato a seguito di Infortunio, lui o, se minorenne, il suo legale rappresentante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per Sinistro. La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

O. Ricongiungimento familiare

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 7 (sette) giorni a seguito di Infortunio, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un familiare di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

P. Accompagnamento minore a scuola

In caso di garanzia indicata dal Contraente nel Certificato di Assicurazione, qualora l'Assicurato, nei 14 (quattordici) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli minori di 13 anni per accompagnarli a scuola e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedere, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il trasporto in taxi del minore dal domicilio fino all'istituto scolastico e ritorno.

La Centrale Operativa terrà a proprio carico il costo della prestazione fino al Massimale previsto all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi". In caso di impossibilità ad organizzare il trasporto la Centrale Operativa, previa autorizzazione, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato fino al Massimale indicato nella Tabella.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 20 Persone Non Assicurabili e limiti di età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano già compiuto i 70 anni d'età. In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza immediatamente successivo al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Inoltre, la copertura assicurativa non opera per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi collegate.

Art. 21 Limiti Territoriali

L'Assicurazione è valida per gli Infortuni occorsi in qualsiasi Paese del mondo.

Le prestazioni di "Assistenza" di cui Art. 19 sono operative e vengono prestate solo nella Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Art. 22 Limiti di sottoscrizione

Le garanzie di cui alla presente Polizza non sono cumulabili con altre a copertura del medesimo rischio sottoscritte dall'Assicuratore.

Art. 23 Eventi non considerati Infortuni assicurati

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi e le Malattie e gli Infortuni ad esse conseguenti: sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) e sindromi correlate, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea, contagi.

Art. 24 Criteri di ammissibilità dei referti medici

Ai fini della valutazione medica attestante l'Infortunio non è ammessa documentazione medica emessa dal coniuge (per matrimonio o unione civile), dal convivente more uxorio o figlio/a, da parente/affine fino al 2° grado o da un suo socio in affari o collega subordinato nella gerarchia organizzativa dove l'Assicurato svolge l'attività professionale.

Art. 25 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.

Art. 26 Esclusioni

26.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- Malattie Pregresse e/o Recidive e Infortuni da esse causate;
In proposito, si ricorda tuttavia che, conformemente alla legge 7 dicembre 2023 n. 193 ("Legge sull'oblio") l'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni relative al suo stato di salute concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni dalla richiesta (o cinque, se la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età o il diverso termine inferiore stabilito con il decreto emesso ai sensi dell'art. 5 della Legge sull'oblio). L'Assicuratore non può richiedere informazioni relative alle vecchie patologie ("vecchia patologia oncologica"), non può acquisire le relative informazioni da fonti diverse dall'Assicurato e, qualora ne sia in possesso per ragioni precedenti, non può utilizzarle.
- Eventi progressi alla stipula della polizza e/o recidivi e/o degenerativi;

- 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 paranoidi e gli Infortuni da essi causati;
- eventi derivanti da stato di intossicazione acuta da droghe o alcool;
- eventi derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- atti di temerarietà, suicidio o tentato suicidio, compresi gli atti di autolesionismo;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- la pratica sportiva professionale;
- sport che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco, ancorché sportive;
- pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo, wingsuit);
- attività sportive svolte senza le necessarie autorizzazioni (ad esempio brevetti e licenze);
- sport estremi in generale;
- uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- sport comportanti l'uso di veicoli motorizzati o di natanti a motore;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti;
- epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto;
- eventi derivanti dall'inosservanza delle prescrizioni e indicazioni mediche;
- eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- eventi derivanti 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.);
- eventi derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere nazionale.

26.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio"

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- i ricoveri per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico;
- i ricoveri esclusivamente a carattere assistenziale o fisioterapico, a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto dalla Polizza (ed in tal caso, entro i massimali previsti);
- i ricoveri in stabilimenti termali;
- i ricoveri per effettuare ricerche, analisi di routine o periodiche (check-up) a meno che si tratti di una diretta conseguenza di un Infortunio coperto da questa Polizza (ed in tal caso, entro i massimali previsti);
- i ricoveri dovuti a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
- il pronto soccorso non seguito da Ricovero;
- le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche che non siano una diretta conseguenza di Infortunio.

26.3 Esclusioni applicabili alla garanzia "Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio"

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- i ricoveri, per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici;
- i ricoveri per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio);
- le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, riposo, convalescenza o Istituti di cura che non rispondono alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- la permanenza in pronto soccorso non seguita da un Ricovero;
- i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da Sinistro indennizzabile.

****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, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America.

L'Assicuratore è una società del gruppo CHUBB Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, l'Assicuratore è soggetto a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare Sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ad alcuni Paesi quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan, Cuba e Crimea.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 27 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata entro 15 giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata. In caso di Denuncia del Sinistro all'Assicuratore, l'Assicurato può inoltrare la Denuncia scritta a mezzo:

- online, sul sito <https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT> (si consiglia l'utilizzo da PC, evitando la navigazione da cellulare o con browser Safari).
- via e-mail, a Heyconadassicurazioni.sinistri@chubb.com
- via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora del Sinistro. L'Assicurato dovrà fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei Dati Personali.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire nello specifico:

- certificato medico attestante l'Infortunio e la prognosi;
- eventuale copia del verbale delle Autorità Pubbliche intervenute dopo l'incidente;
- lettera di dimissioni ospedaliere (SDO);
- documento che attesti il domicilio (in caso di Incidente Domestico);
- certificato medico che attesti l'applicazione della immobilizzazione presso le Strutture Ospedaliere (per la garanzia Indennità da Immobilizzazione);
- certificato di rimozione della immobilizzazione presso le Strutture Ospedaliere (per la garanzia Indennità da Immobilizzazione);
- copia della documentazione comprovante la sua qualità di Lavoratore al momento del Sinistro (a titolo esemplificativo, copia della dichiarazione IRPEF, copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA).

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario dell'Assicuratore; in tal caso le spese relative saranno a carico di quest'ultimo.

L'Assicuratore potrà 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. Se il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di Ricovero in Istituti di Cura, la relativa Denuncia deve effettuarsi con le modalità indicate in Polizza entro quindici giorni dal Ricovero. La domanda di liquidazione, corredata della documentazione richiesta, deve essere presentata all'Assicuratore, a pena di decadenza della garanzia, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 28 Obblighi specifici applicabili alla sezione "Prestazioni di Assistenza"

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato, dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre tre giorni dal verificarsi del Sinistro, la Centrale Operativa al seguente numero telefonico:

- N. urbano **+39 06 42 11 58 91**

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

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Centrale Operativa declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza fatte all'Intermediario o Assicuratore e non inoltrate alla Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

Art. 29 Condizioni per l'erogazione della prestazione di Second Opinion

L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

1) contattare la Centrale Operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) al numero sopra riportato. La Centrale Operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";

2) spedire al seguente indirizzo: Casella Postale 20138, Via Eroi di Cefalonia, 00128 Spinaceto – Roma

- una copia di un documento di identità valido;
- la documentazione clinica completa, il proprio numero di Polizza e il numero del Sinistro (fornito dall'operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);
- il "questionario dati anamnestici" sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione circa il trattamento dei dati forniti;
- l'autocertificazione dell'Assicurato nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Centrale Operativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del "questionario dati anamnestici";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Centrale Operativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Centrale Operativa, della documentazione completa.

Art. 30 Gestione dei Sinistri. 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 del presente Contratto di Assicurazione.

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/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 Principale e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico, a meno che la decisione del Collegio sia a favore dell'Assicurato, nel qual caso tutti i costi e gli oneri relativi alla nomina del Collegio Medico e ai relativi compensi, resteranno a carico dell'Assicuratore. 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. 31 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.

Art. 32 Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni. Gli Indennizzi vengono corrisposti in euro in Italia.

=====

Chubb European Group SE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi

Informativa sul trattamento dei Dati Personali

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group SE – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento – trattiamo i dati personali da Lei forniti o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze, nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro.

I dati che potranno essere da noi trattati, per sottoscrivere e poi gestire le polizze da Lei richieste, sono dati personali identificativi e di recapito, quali ad esempio il Suo nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, o dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati, così come, previo Suo consenso, dati ricadenti in categorie particolari quali – per esempio – i dati inerenti al Suo stato di salute (di seguito tutti insieme i "Dati") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni Sua specifica richiesta. In assenza di tali dati, non saremo in grado di stipulare, né prendere in carico e gestire, alcun genere di polizza. Inoltre, in dipendenza del tipo di copertura da Lei richiesto, potremo trattare i dati di eventuali soggetti da Lei indicati quali assicurati o beneficiari, cui tale informativa pure è rivolta, fermo restando che Chubb European Group SE raccoglierà direttamente anche il consenso di tali soggetti nel caso in cui sia necessario in base alla vigente normativa.

Inoltre, tenuto conto che le condizioni di questa polizza sono riservate a clienti che siano titolari di una carta fedeltà a marchio Conad, qualora Lei presenti la Sua carta al momento della stipula della polizza e fornisca a Chubb European Group SE il Suo specifico ed espresso consenso a tal fine, quest'ultima comunicherà i dati connessi alla sottoscrizione e alla gestione della polizza alla sola Cooperativa socia di CONAD che ha emesso e gestisce la Sua carta fedeltà, affinché la stessa possa trattarli, in qualità di autonomo titolare, per tutte le finalità connesse al relativo programma di fidelizzazione. Precisiamo che i dati che potranno essere comunicati per la suddetta finalità, solo previo Suo esplicito consenso, sono quelli inerenti la stipula della polizza e la sua successiva gestione, inclusi i dati relativi ai sinistri aperti, ad eventuali interazioni col Customer Care di Chubb European Group SE o reclami presentati, con rigorosa esclusione della trasmissione di qualsiasi dato appartenente a categorie particolari, come quelli relativi alla Sua condizione di salute. Resta inteso che la Cooperativa socia di CONAD che ha emesso e gestisce la carta fedeltà da Lei eventualmente associata al momento della stipula della polizza, una volta ricevuti i dati da Chubb European Group SE, li tratterà quale autonomo titolare per le finalità connesse alla gestione del programma di fidelizzazione, ivi incluse quelle di marketing e di profilazione, nei limiti dei consensi da Lei eventualmente già prestati. Resta inteso che in ogni momento potrà revocare tale consenso, impedendo ogni ulteriore comunicazione dei Suoi dati da parte di Chubb alla Cooperativa socia di CONAD competente, restando salvi i trattamenti effettuati fino al momento della revoca.

Fermo quanto sopra, al fine di favorire un'efficiente gestione del programma di fidelizzazione da parte della Cooperativa socia di CONAD che ha emesso la carta fedeltà da Lei presentata al momento della stipula della polizza, Chubb European Group SE intende permetterle di visualizzare agevolmente, tramite la Sua area riservata MyConad, i soli dati essenziali identificativi della polizza stessa. A tal fine, Chubb European Group SE, sulla base del legittimo interesse della Cooperativa socia di CONAD competente a facilitare il reperimento di queste informazioni essenziali da parte dei propri clienti nelle proprie pagine personali sui canali digitali a marchio CONAD, comunicherà alla stessa i seguenti dati: il numero della Sua carta fedeltà, la tipologia di polizza stipulata e la data di relativa attivazione e scadenza. Resta fermo il fatto che l'accesso a tali informazioni è riservato alla persona autorizzata ad accedere all'area MyConad utilizzando le proprie credenziali.

Per lo svolgimento delle sole finalità amministrative e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero adottando, a garanzia dei diritti degli interessati, le clausole contrattuali tipo per il trasferimento di dati personali verso paesi terzi adottate dalla Commissione Europea. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite, in qualità di responsabili del trattamento.

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 – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – 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 de 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

I Suoi Dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte (la invitiamo a leggere la nostra informativa estesa, al seguente link, <https://www.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.html>, per maggiori dettagli sui tempi di conservazione dei Suoi dati).

Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group SE – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, Le ricordiamo che Le spetta anche il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei Dati da parte di Chubb European Group SE, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link <https://www.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.html>. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una e-mail a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Come presentare un Reclamo

All'Assicuratore	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Assicuratore, ai seguenti indirizzi:</p> <p>Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano</p> <p>Fax: 02.27095.430</p> <p>Email: ufficio.reclami@chubb.com</p> <p>L'Assicuratore fornirà riscontro al Reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.</p>
All'IVASS	<p>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'Assicuratore.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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://ec.europa.eu/info/fin-net_en.</p>

Conad Discovery

CONAD DISCOVERY S.r.l.

P.IVA 04141191207 Bologna

Via Michelino 59 - 40127 - Bologna

CONAD DISCOVERY SRL è un intermediario assicurativo, iscritto alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi con numero A000760026. e soggetto alla vigilanza dell'IVASS. Consulta gli estremi dell'iscrizione al sito www.ivass.it.

Chubb European Group

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

Chubb è un leader mondiale nel settore assicurativo.

Presente in 54 paesi, Chubb offre soluzioni assicurative a imprese e individui in ambito Property & Casualty (P&C) e Accident & Health (A&H) attraverso una pluralità di canali. Si distingue anche per realizzare programmi affinity, dove è interesse del partner predisporre e offrire servizi assicurativi particolari e specifici.

In quanto compagnia assuntiva, Chubb valuta, assume e gestisce i rischi con competenza e disciplina. Si caratterizza inoltre per una vasta offerta di prodotti e servizi; una rete di distribuzione molto ampia; un'eccezionale solidità finanziaria; una profonda esperienza sottoscrittiva; un'eccellente gestione dei sinistri; l'operatività a livello globale.

Chubb Limited, la società capogruppo di Chubb, è quotata alla borsa valori di New York (NYSE: CB) e fa parte dell'indice S&P 500. Chubb ha uffici di rappresentanza a Zurigo, New York, Londra, Parigi e in altre sedi, e impiega circa 40.000 persone nel mondo.