

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: Programma Protezione Infortuni Plus

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 individuale a copertura degli infortuni con conseguente morte o invalidità permanente totale, a seconda del Piano scelto, subiti dall'Assicurato nello svolgimento della sua attività professionale ed extraprofessionale. Sono inoltre oggetto di copertura garanzie di assistenza medica ed alla persona connesse agli eventi. La polizza si rivolge a persone maggiori di 18 anni e al loro coniuge o convivente ed indicate nel Certificato di assicurazione.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Un indennizzo in capitale predefinito in caso di decesso a seguito di infortunio;
- ✓ Un indennizzo in capitale predefinito in caso di invalidità permanente totale (60% = 100%) a seguito di infortunio, se il Contraente ha aderito al Piano B
- ✓ Un indennizzo aggiuntivo predefinito, qualora il sinistro indennizzabile sia conseguente ad un incidente stradale occorso all'Assicurato, sia in qualità di conducente che di trasportato
- ✓ La disponibilità delle seguenti prestazioni di assistenza alla persona in caso di Non Autosufficienza conseguente a infortunio
 - Assistenza psicologica
 - Parere medico complementare – SOLO Piano B
 - Assistente alla persona – SOLO Piano B

L'Assicuratore indennizza gli importi predefiniti stabiliti in polizza in base alle conseguenze dirette dell'infortunio



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti
- ✗ Infortuni derivanti o collegati all'utilizzo di arma da fuoco e/o sparo
- ✗ Infortuni derivanti da autolesionismo, suicidio tentato o consumato, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci ed uso di stupefacenti e/o allucinogeni
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali a esempio, paracadutismo, speleologia, immersioni con autorespiratore, pugilato, atletica pesante

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?

- ! L'Assicurazione cessa automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 90° anno d'età dell'Assicurato;
- ! Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi 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?

- ✓ Mondo relativamente alle garanzie morte a seguito di infortunio e invalidità permanente totale a seguito di infortunio
- ✓ Mondo per il servizio di “Parere medico complementare”
- ✓ Italia ai servizi di assistenza alla persona.



Che obblighi ho?

- In caso di adesione alla polizza per il tramite dell'Intermediario abilitato, sottoscrivere il Certificato Personale di Assicurazione e trasmetterne copia firmata all'Assicuratore, restando inteso che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità del contratto
- Qualora le coordinate per l'addebito del premio di assicurazione dovessero variare, comunicare all'Assicuratore la predetta variazione per il corretto addebito del premio di assicurazione
- Denunciare all'Assicuratore ogni eventuale sinistro entro 15 giorni da quando l'evento si è verificato o comunque non appena possibile, indicando il luogo, il giorno e l'ora del sinistro. Inoltre, fornire all'Assicuratore i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la corretta valutazione del sinistro da parte dell'Assicuratore
- Per usufruire dei servizi di assistenza, contattare in autonomia la Centrale Operativa e fornire tutte le informazioni richieste.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato mediante addebito diretto su un conto corrente bancario intestato al Contraente oppure mediante addebito automatico su una carta di credito, comunque intestata al Contraente.

Il premio deve essere pagato in base alla frequenza stabilita in fase di adesione alla polizza (mensile, trimestrale, semestrale o annuale).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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.

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.

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 90° anno di età.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato nella documentazione di polizza, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla data di conclusione del contratto.

Oltre tale termine il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC indirizzata all'Assicuratore, oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza, restando inteso che la polizza rimarrà in vigore per il periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione.

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Programma Protezione Infortuni Plus

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quanto riportato nel DIP



Che cosa non è assicurato?

✘ Rischi esclusi

Oltre a quanto riportato nel D.I.P. Danni restano esclusi:

- ✘ gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 17 - Infortuni coperti dalla Polizza;
- ✘ gli infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ✘ gli infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✘ gli infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- ✘ gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- ✘ gli infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività; speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (bob su pista), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- ✘ gli infortuni derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;

	<ul style="list-style-type: none"> ✘ gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta; ✘ gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate; ✘ gli infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei; ✘ gli infortuni derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.
--	--



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a prestare copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Impresa 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 le persone fisiche affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività da HIV o sindromi collegate;
- ! In caso di emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso né assumersi le eventuali spese.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche residenti e/o domiciliate in Italia, di età inferiore ai 75 anni



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 38%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>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:</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'Impresa 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'Impresa.</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>I reclami possono essere presentati anche all'autorità di vigilanza o all'ente all'uopo preposto del Paese in cui l'Assicuratore ha la propria sede legale (FRA - Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) scegliendo una delle opzioni disponibili al seguente link: https://acpr.banque-france.fr/fr/professionnels/vos-outils-et-services/signaler-lacpr-un-manquement-ou-une-infraction.</p>

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

Arbitro Assicurativo	<p>Presentando ricorso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
-----------------------------	---

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Chubb.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. 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 .

Regime Fiscale

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

Cosa è il diritto all'oblio oncologico

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

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÈ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CHUBB®



Data di aggiornamento: febbraio 2026 -

Modello CDA_XPIPI_0226

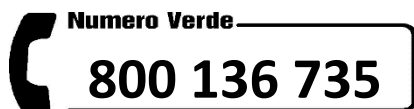
I Nostri Contatti

1) Al **SERVIZIO CLIENTI** per

- ottenere informazioni sulla polizza
- comunicare variazioni anagrafiche
- includere o escludere altri assicurati

Può contattarci:

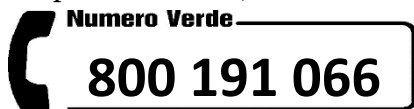
- Inviando la richiesta via web: <https://contactus.chubb.com/>
- Chiamando, dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, al:



dall'estero +39 02 87 345 435.

2) Per **DENUNCIARE UN SINISTRO**

- Può inviare una e-mail a: americanexpress.claims@chubb.com
- Può accedere al Portale dedicato: <https://www.chubbclaims.com/amex/it-it/welcome.aspx>
- O può contattarci, dal lunedì al giovedì, dalle 9 alle 17, venerdì dalle 9 alle 13, esclusi i giorni festivi, al:



dall'estero +39 02 27095 790

3) Per **RICHIEDERE UNA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA,**

può contattare la Centrale Operativa, **24 ore su 24, 7 giorni su 7**, al



dall'estero +39 06 4211 5313

SCRIVERCI o inviare il Certificato Personale di Assicurazione firmato alternativamente a:

- via posta: Chubb European Group SE Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano
- via e-mail: servizioclienti.chubb@chubb.com
- via pec: italy@pec.chubb.com

I contenuti di questo documento sono aggiornati ai sensi di legge e, comunque, con cadenza di almeno 12 mesi. La versione aggiornata del documento è pubblicata sul sito internet dell'Assicuratore.

INDICE

I Nostri Contatti.....	1
PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO	3
L'Assicuratore.....	3
L'Intermediario	3
Il Prodotto.....	3
SEZIONE 1: GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA	4
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	9
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente	9
Articolo 2 - Determinazione del Premio di Assicurazione.....	9
Articolo 3 - Pagamento del Premio di Assicurazione	10
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso	10
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta	11
Articolo 6 - Altre Assicurazioni.....	11
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa	11
Articolo 8 - Foro competente	11
Articolo 9 - Oneri fiscali	11
Articolo 10 – Interpretazione del contratto e rinvio alle norme di Legge.....	11
SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE.....	12
Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione	12
Articolo 12 – Persone assicurabili.....	13
Garanzie Infortuni	13
Articolo 13 – Indennità in capitale a seguito di morte per infortunio.....	13
Articolo 14 – Indennità in capitale a seguiti di Invalidità Permanente Totale da infortunio	13
Articolo 15 – Indennità in capitale aggiuntivo per incidente stradale	14
Articolo 16 – Cumulo di Indennità	14
Articolo 17 – Altri infortuni coperti dalla polizza.....	14
Prestazioni di Assistenza	
Articolo 18 – Assistenza connessa all'infortunio.....	14
Articolo 19 – Centrale Operativa	15
Articolo 20 – Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa	15
Articolo 20.1 – Assistenza psicologica	14
Articolo 20.2 – Parere medico complementare (second opinion)	15
Articolo 20.3 – Assistente alla persona	15
Articolo 21 –Non Autosufficienza	16
SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI	16
Articolo 22- Persone non assicurabili e limiti di età	16
Articolo 23- Limiti Territoriali.....	16
Articolo 24 - Aggravamento del Rischio.....	16
Articolo 25 - Esclusioni generali	16
Articolo 26 – Criteri di Indennizzabilità	17
SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO	17
Articolo 27 - Adempimenti in caso di Sinistro	17
Articolo 28 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro	18
Articolo 29 – Prova.....	18
Articolo 30 – Pagamento dell'Indennizzo	18

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

L'Assicuratore

Chubb è un leader mondiale nel settore assicurativo.

Presente in 54 paesi, Chubb offre soluzioni assicurative a imprese e individui in ambito Property & Casualty e Accident & Health a diverse tipologie di clienti.

La compagnia si caratterizza per una vasta offerta di prodotti e servizi; una rete di distribuzione molto ampia; un'eccezionale solidità finanziaria; 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 impiega circa 43.000 persone nel mondo.

L'Intermediario

Amex Agenzia Assicurativa S.r.l. è una società del gruppo American Express con Sede Legale in Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15 - 00148 Roma PEC: amexagenziaassicurativa@legalmail.it

Regolarmente iscritto nel Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) alla sez. A n. A000162575, sottoposto alla vigilanza dell'IVASS - via del Quirinale 21 Roma, www.ivass.it - svolge un'attività di intermediazione assicurativa per conto delle compagnie di assicurazione partner, dedicando un costante impegno nel fornire un servizio completo e trasparente

Il Prodotto

Il Programma Imprevisti Salute è stato creato dalla Compagnia Chubb European Group, partner assicurativo globale di American Express, in esclusiva per AMEX Agenzia Assicurativa.

La protezione offerta dal Programma Imprevisti Salute, è studiata per offrire una serie di tutele, sia economiche che di servizi, per gestire al meglio i piccoli infortuni della vita quotidiana, sia alla singola persona che a quelle a lui care.

SEZIONE 1: GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo, assumono il seguente significato:

A

Adesione: l'adesione del Contraente al contratto di assicurazione

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

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

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione. Tale persona può anche non coincidere con chi paga il premio (il Contraente) ed essere da quest'ultimo indicata.

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

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

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

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

C

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

Centrale Operativa: l'organizzazione di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, in funzione 24 ore su 24, 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 dell'Assicuratore, le prestazioni di assistenza previste dal presente contratto di assicurazione.

Certificato Personale di Assicurazione: il documento emesso dall'Assicuratore ed intestato al Contraente, che prova la copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante della polizza.

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.

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

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

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

Consumatore: qualsiasi persona fisica, residente nel territorio dell'Unione Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente: la persona fisica maggiorenne e residente in Italia alla quale è intestato il Certificato Personale di Assicurazione e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

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

D

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

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.

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

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

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

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

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

Diritto di Recesso: il diritto del Contraente 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.

Durata del Contratto: il periodo di tempo per il quale l'assicurazione è efficace, a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente. Tale periodo può prevedere una carenza, espressamente indicata in polizza qualora operante.

E

Emergenza: un'alterazione straordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza a un infortunio, tale da mettere in pericolo la vita dell'Assicurato e per la quale è necessario il ricorso a mezzi speciali di trattamento nel più breve tempo possibile.

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

F

Figlio: ciascun figlio legittimo e naturale del Contraente o del Coniuge.

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

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

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

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

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

Caso d):
Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede un scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

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

Frequenza di Pagamento: la frequenza con la quale il Contraente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Si specifica che in questo tipo di polizza il premio è sempre ricorrente (periodico) e non è mai Unico (versato in un'unica soluzione).

G

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

I

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

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

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

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

Invalità Permanente Totale: l'accertata esistenza di postumi di invalidità permanente in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica. I postumi sono valutati in base alla Tabella annessa al testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni e le malattie professionali (con l'esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965, n. 1124 (per l'Industria) e successive modifiche alla data di adesione.

Intermediario: l'Intermediario assicurativo, Amex Agenzia Assicurativa S.r.l., iscritto alla sezione A, n. A000162575 del R.U.I (Registro Unico degli Intermediari Assicurativi), 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 universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, pubblici o privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.

Nota bene: Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le case di soggiorno/riposo, strutture di convalescenza, nonché le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

L

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

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

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

Medico: il soggetto, diverso dall'Assicurato, dal suo Coniuge, figlio/a, socio in affari o parente/affine fino al secondo grado, laureato in medicina, legalmente abilitato all'esercizio della professione e iscritto nel competente albo professionale del Paese in cui fornisce le proprie prestazioni.

N

Non Autosufficienza: l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere, senza l'assistenza di terza persona, almeno due delle seguenti attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, spostarsi, muoversi, andare in bagno, bere e mangiare.

O

Oblio Oncologico: per diritto all'oblio oncologico si intende il diritto della persona, che sia stata affetta da una patologia oncologica, di non fornire informazioni, né sottoporsi a visite mediche di controllo o accertamenti sanitari, né subire valutazioni o conseguenze contrattuali in relazione a tale patologia,

Il diritto all'oblio si acquisisce dopo 10 anni dalla conclusione del trattamento attivo, ridotto a 5 anni se la malattia è insorta prima dei 21 anni. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico matura nei termini indicati nello stesso Allegato, consultabile al seguente link: https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf.

Per "conclusione del trattamento attivo della patologia" si intende, in assenza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Successivamente a tali termini, non sarà considerata patologia progressiva ai fini del Contratto di Assicurazione e le informazioni eventualmente acquisite in precedenza non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio e per la determinazione delle condizioni contrattuali.

P

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto di assicurazione riportato nel Certificato Personale di Assicurazione. La data di effetto corrisponde alla data di Conclusione del Contratto.

Perito: il libero professionista generalmente incaricato dall'impresa di assicurazione della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è un medico legale e può essere incaricato da entrambe le parti.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

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

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

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

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

Q

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

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

R

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

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

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 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.**

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

Riserve: le somme di denaro che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli Assicurati.

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

S

Servizio Clienti: struttura presso l'Assicuratore attraverso la quale l'Assicurato assume il primo contatto con l'Assicuratore stesso in caso di sinistro o per qualsiasi esigenza inerente al contratto.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato.

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

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

U

Unità di Premio: l'importo corrispondente a 1 mese di copertura assicurativa, comprensivo delle imposte applicabili.

Urgenza: una alterazione ordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio qualora, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, sia tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

V

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

SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, dal momento del primo contatto commerciale e prima dell'adesione ha acquisito dal Contraente ogni informazione utile a identificare le sue richieste ed esigenze per valutare l'adeguatezza del contratto offerto e ha fornito le informazioni oggettive sul prodotto assicurativo in una forma comprensibile, al fine di consentirgli di prendere una decisione informata, verificando che il contratto proposto fosse coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente.

L'Intermediario ha raccolto la dichiarazione del Contraente:

- a) Di avere chiari i concetti di "Garanzia", "Massimale" ed "Esclusione";
- b) Di essere interessato ad una protezione assicurativa che tuteli il Contraente, ed eventualmente il suo Coniuge, in caso di decesso o invalidità permanente totale dell'Assicurato a seguito di infortunio, con un capitale predefinito e senza vincoli sul suo utilizzo, e una serie di prestazioni di assistenza finalizzate a gestire la situazione nel periodo immediatamente successivo all'evento;
- c) Di non avere altre coperture analoghe oppure, se le avesse, di essere comunque interessato ad aumentare il suo livello di protezione.
- d) Che il prodotto che è stato proposto corrisponde alle sue esigenze assicurative e che durata/garanzie/esclusioni, indennizzi forfettari, sono adeguati alle sue esigenze assicurative.

****Avvertenza****

Amex Agenzia Assicurativa colloca direttamente i prodotti su mandato di Chubb.

Chubb non effettua alcuna verifica in merito all'adeguatezza del contratto, in quanto in carico all'intermediario

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per l'adesione al Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tali dichiarazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- **sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, l'Assicuratore avrà diritto ai Premi relativi al Periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 del Codice Civile;**
- **non sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, l'Assicuratore potrà recedere dal contratto, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che l'Assicuratore abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 del Codice Civile.**

E' fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico, come definito nel Glossario.

Articolo 2 - 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 in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile o annuale) – ed è determinato in base alle persone indicate come Assicurati nel Certificato di Assicurazione, come riportato nella Tabella del Premio sottostante e presente anche nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo"). Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati sono riportati sul Certificato Personale di Assicurazione emesso alla stipula del Contratto di Assicurazione.

L'Assicuratore si riserva il diritto di proporre eventuali adeguamenti in corso di Contratto, fatta salva la facoltà del Contraente di accettare tali modifiche o di recedere dall'assicurazione.

Il mancato pagamento del Premio determina l'applicazione dell'art. 1901 del Codice Civile (vale a dire la sospensione della copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno del pagamento), mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'art. 1888 del Codice Civile

Avvertenza

Il Premio, così come le somme assicurate, è rivalutato automaticamente ad ogni ricorrenza annuale.

La rivalutazione annua dell'Unità di Premio per ogni persona Assicurata sarà corrispondente al 3,0% dell'importo in vigore alla data di Conclusione del Contratto, pari a 0.84 € per il Piano A e 1.08 € per il Piano B, così come riportato nella Tabella del Premio sottostante. La rivalutazione verrà applicata ad ogni Ricorrenza Annuale successiva alla data di Conclusione del Contratto per i successivi 10 anni, al termine dei quali il Premio non verrà ulteriormente rivalutato. Le somme assicurate sono rivalutate secondo le stesse modalità

UNITÀ DI PREMIO PER PERSONA ASSICURATA (importo corrispondente ad un mese di copertura)		
Unità di Premio per anno	Piano A	Piano B
Primi 12 mesi	28,00 €	36,00 €
Anno 1	28,84 €	37,08 €
Anno 2	29,68 €	38,16 €
Anno 3	30,52 €	39,24 €
Anno 4	31,36 €	40,32 €
Anno 5	32,20 €	41,40 €
Anno 6	33,04 €	42,28 €
Anno 7	33,88 €	43,56 €
Anno 8	34,72 €	44,64 €
Anno 9	35,56 €	45,72 €
Anno 10	36,40 €	46,80 €
Successivamente al 10° anno l'Unità di Premio non verrà rivalutata ulteriormente		

Articolo 3 - 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.

Il mancato pagamento del Premio determina l'applicazione dell'art. 1901 del Codice Civile (vale a dire la sospensione della copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno del pagamento), mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'art. 1888 del Codice Civile.

Articolo 4 - 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 (data di Conclusione del Contratto).

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalle ore 24.00 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:

- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.
- a mezzo lettera raccomandata A/R;

In tal caso il Contratto di Assicurazione sarà automaticamente annullato dalla data di Conclusione del Contratto e l'Assicuratore rimborserà al Contraente l'eventuale Premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Esempio del funzionamento del Diritto di Recesso:

Il Contraente aderisce il giorno 15 aprile 2022. La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno. Entro le ore 24 del 15 maggio 2022, 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.

Articolo 5 - 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 90° anno di età.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC, restando inteso che il presente Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il Periodo di Assicurazione per il quale è già stato corrisposto il Premio.

Oltre alla forma scritta, il Contraente ha facoltà di comunicare la propria Disdetta rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi 5 anni dalla data di Conclusione 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 5 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 "I NOSTRI CONTATTI".

Articolo 6 - Altre Assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore. Tuttavia, in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Articolo 7 - 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.

Articolo 8 - Foro competente

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

Articolo 9 - Oneri fiscali

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

Articolo 10 – Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge

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

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla Legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso. In particolare, il Servizio Clienti è punto di contatto di ogni richiesta di informazioni e chiarimento indipendentemente dalla presenza di Sinistri, nell'ottica di agevolare e di applicare in concreto i suddetti principi di chiarezza, trasparenza e semplificazione contrattuale.

SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione

Il presente Contratto di Assicurazione "Infortuni e Assistenza" garantisce all'Assicurato, per eventi occorsi sia nell'esercizio dell'attività professionale, sia durante le attività extra-professionali:

- il pagamento di un Indennizzo in capitale in caso di morte a seguito di Infortunio;
- il pagamento di un Indennizzo in capitale in caso di Invalidità Permanente totale da Infortunio, **se l'Assicurato ha scelto il Piano B;**
- il pagamento di un Indennizzo in capitale aggiuntivo in caso di Sinistro indennizzabile a seguito di incidente stradale;
- una serie di garanzie di Assistenza alla persona.

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo i Sinistri a seguito di Infortunio verificatisi a partire dalla data di Conclusione del Contratto.

Gli Indennizzi e i Massimali sono riportati nella "Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni Assicurate" sottostante.

****Avvertenza**:**

Le Indennità, così come i Premi, sono rivalutate automaticamente ad ogni Ricorrenza Annuale.

La rivalutazione annua delle Indennità sarà corrispondente al 3,0% del valore in vigore alla data di Conclusione del Contratto, così come indicato nella "Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni Assicurate" sotto riportata. La rivalutazione verrà applicata ad ogni Ricorrenza Annuale successiva alla data di Conclusione del Contratto per i successivi 10 anni, al termine dei quali le Indennità non verranno ulteriormente rivalutate. I Premi sono rivalutati secondo le stesse modalità.

TABELLA DEGLI INDENNIZZI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE			
GARANZIE INFORTUNI			
	Indennizzo in capitale per Morte a seguito di infortunio (Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennizzo aggiuntivo in capitale per evento conseguente a incidente stradale (Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennizzo in capitale per Invalidità Permanente Totale a seguito di infortunio (Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione)
	Piano A e Piano B		Solo Piano B
Primi 12 mesi	250.000 €	50.000 €	250.000 €
Anno 1	257.500 €	51.500 €	257.500 €
Anno 2	265.000 €	53.000 €	265.000 €
Anno 3	272.500 €	54.500 €	272.500 €
Anno 4	280.000 €	56.000 €	280.000 €
Anno 5	287.500 €	57.500 €	287.500 €
Anno 6	250.000 €	50.000 €	250.000 €
Anno 7	257.500 €	51.500 €	257.500 €
Anno 8	265.000 €	53.000 €	265.000 €
Anno 9	272.500 €	54.500 €	272.500 €
Anno 10	280.000 €	56.000 €	280.000 €
Successivamente al 10° anno le indennità non verranno rivalutate ulteriormente			
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA			
	Piano A e Piano B		Solo Piano B
In caso di Morte per Infortunio	Assistenza psicologica dedicata all'assicurato (Art. 20.1 delle Condizioni di assicurazione)		
In caso di Invalidità Permanente			Parere medico complementare (Art. 20.2 delle Condizioni di assicurazione)

Totale per Infortunio		Assistente alla persona (Art. 20.3 delle Condizioni di assicurazione)
-----------------------	--	--

Articolo 12 – Persone assicurabili

Il Contraente può aderire al presente Contratto di Assicurazione purchè abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 74 anni compiuti al momento della Conclusione del Contratto.

Inoltre il Contraente può, in qualsiasi momento, estendere l'assicurazione al suo Coniuge, purché di età non superiore ai 74 anni compiuti al momento dell'inserimento in copertura.

Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione.

Resta inteso che il Contraente può scegliere di modificare in qualunque momento l'elenco degli Assicurati, comunicando all'Assicuratore la propria volontà secondo le modalità indicate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

GARANZIE INFORTUNI

Articolo 13 – Indennità in caso di ricovero

13.1 – Morte a seguito di infortunio

Qualora l'Assicurato deceda a seguito di Infortunio, l'Assicuratore corrisponderà al Beneficiario ovvero alla persona designata come tale per iscritto dall'Assicurato all'Assicuratore, l'Indennizzo indicato nel Certificato personale di assicurazione, rivalutato automaticamente del 3% (pari a 7.500 €) ad ogni ricorrenza annuale, come riportato nella "Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni". In difetto di designazione, l'Assicuratore considererà come "Beneficiario" dell'Indennizzo gli eredi legittimi in parti uguali. 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.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

13.2 – 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'Indennizzo in capitale previsto per il caso Morte.

In ogni caso la liquidazione avviene non 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 C.C.

Resta inteso che, se dopo che l'Assicuratore ha effettuato il pagamento dell'Indennizzo in capitale, sia totale che parziale, risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore ha diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato può far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente Totale eventualmente subita.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 14 – Indennità in capitale per Invalidità Permanente Totale a seguito di Infortunio

La presente garanzia è operante unicamente se il Contraente ha scelto il PIANO B.

Se l'Infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente Totale, ovvero con postumi di invalidità permanente in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica, così come specificato nelle Definizioni di polizza, e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, l'Assicuratore corrisponderà l'Indennizzo in capitale indicato nel Certificato Personale di Assicurazione alla persona assicurata, rivalutato automaticamente del 3% (pari a 7.500 €) ad ogni ricorrenza annuale, come riportato nella "Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni".

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Esempio di funzionamento dell'Indennizzo in capitale per Invalidità Permanente Totale:

Caso a):

I postumi dell'Invalidità Permanente sono pari o inferiori al 59%: non verrà corrisposto alcun Indennizzo.

Caso b):

I postumi dell'Invalidità Permanente sono pari o superiori al 60%: verrà corrisposta l'Indennizzo come se i postumi fossero pari al 100%, ovvero Totale

Articolo 15 – Indennità in capitale aggiuntivo per incidente stradale

Qualora il Sinistro indennizzabile sia conseguente ad un incidente stradale occorso all'Assicurato, sia in qualità di conducente che di trasportato di autoveicoli regolarmente immatricolati, l'Assicuratore verserà l'ulteriore Indennizzo in capitale indicato nel Certificato Personale di Assicurazione, rivalutato automaticamente del 3% (pari a 1.500 €) ad ogni ricorrenza annuale, come riportato nella Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni”.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 16 - Cumulo Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente Totale, ma entro 365 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non ne chiede il rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente Totale è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità sia già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente Totale, pertanto prima che l'Indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente Totale.

Articolo 17 – Altri Infortuni coperti dalla Polizza

Si precisa che, oltre agli Infortuni inclusi nella definizione di Infortunio riportata nelle “Definizioni di Polizza”, sono considerati tali 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 esclusione degli infarti e delle ernie;
- gli Infortuni derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, 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;
- gli Infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati come passeggero su aerei in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile;
- gli Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo;
- gli Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non menzionati nella Sezione 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 18 – Assistenza connessa all'infortunio

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di Assistenza connesse all'Infortunio in copertura, l'Assicuratore si avvale della struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S. A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che in virtù di preesistente accordo con l'Assicuratore provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato attraverso la sua Centrale Operativa, a organizzare gli interventi sul posto e a erogare, con costi a carico dell'Assicuratore, le prestazioni di Assistenza previste dal Contratto di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, l'Assicuratore non è tenuto a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

Articolo 19 – Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio, può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nel successivo articolo, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde riportato alla pagina 1 intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato un servizio medico, composto da un Coordinatore Medico Responsabile e da un'équipe di persone qualificate e specializzate, disponibili 24 ore su 24. Per richiedere le prestazioni, l'Assicurato dovrà fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della Polizza);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

Tutti gli interventi della Centrale Operativa devono essere espressamente richiesti dall'Assicurato

Articolo 20 – Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa

20.1) - Assistenza psicologica

La prestazione può essere richiesta:

- sul Piano A per i familiari dell'Assicurato, in caso di Morte dell'Assicurato stesso;
- sul Piano B per l'Assicurato in caso di una condizione di Non Autosufficienza o per i familiari in caso di Morte dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato a seguito di condizione di Non Autosufficienza, come successivamente definita, o i suoi familiari in caso di morte per infortunio dell'Assicurato stesso, necessitino di assistenza psicologica, la Centrale Operativa potrà organizzare massimo 4 visite presso la sede di uno specialista con costi a carico dell'Assicuratore.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 400,00 per evento

La prestazione è fornita solo in Italia e con un preavviso minimo di 3 giorni.

20.2) – Parere medico complementare (Second Opinion)

La presente prestazione è operante unicamente in caso di scelta del Piano B e solo per l'Assicurato.

A seguito del verificarsi di una condizione di Non Autosufficienza, come successivamente definita, l'Assicurato, anche per il tramite di un familiare, potrà richiedere di ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il parere medico complementare, inviata entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- l'opinione 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.

La Second Opinion non è ripetibile, ovvero non potrà essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

La prestazione è fornita in tutto il mondo

20.3) – Assistente alla persona

La presente prestazione è operante unicamente in caso di scelta del Piano B e solo per l'Assicurato

Qualora l'Assicurato versi in condizione di Non Autosufficienza, come successivamente definita, potrà richiedere alla Centrale Operativa nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, di reperire ed inviare presso il proprio domicilio, con costi a carico dell'Assicuratore, un assistente alla persona che possa fornire assistenza all'Assicurato durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni

La presente garanzia è fornita in Italia

Articolo 21 – Non Autosufficienza

Per Non Autosufficienza si intende l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente, conseguente ad infortunio, di compiere senza l'assistenza di una terza persona almeno 2 delle seguenti attività della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente in altro modo;
- vestirsi e svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento e, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
- spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
- andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- bere e mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

La certificazione dello stato di Non Autosufficienza potrà essere riconosciuta a seguito della dimissione dall'Istituto di Cura, su certificazione del Medico curante dell'Assicurato.

In ogni caso l'Assicuratore, se lo riterrà necessario, potrà richiedere di valutare lo stato di salute dell'Assicurato anche attraverso l'invio di un medico sul posto e/o richiedendo l'invio dei documenti e certificati medici.

SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 22 - Persone non assicurabili e limiti di età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano già compiuto i 75 anni d'età.

In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale immediatamente successivo al compimento del 90° anno di età dell'Assicurato.

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

Articolo 23 – Limiti Territoriali

Per le Garanzie Infortuni, l'assicurazione è valida per gli Infortuni occorsi in tutto il mondo

Per le Prestazioni di assistenza, queste sono valide in Italia con l'eccezione del "Parere Medico complementare" erogabile in tutto il mondo.

Articolo 24 - Aggravamento del Rischio

L'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la comunicazione scritta di condizioni che possono determinare un Aggravamento o una Diminuzione del Rischio, come ad esempio la variazione della professione svolta.

Si precisa inoltre che, qualora le condizioni indicate all'articolo precedente in merito ad alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate si manifestino nel corso del Contratto di Assicurazione, la copertura assicurativa cessa automaticamente in relazione all'Assicurato affetto a tale condizione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'Indennizzo, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente – ove richiesto – la parte di Premio non goduta, con esclusione delle Imposte applicabili.

Articolo 25 - Esclusioni

Restano esclusi i sinistri conseguenti ai seguenti infortuni:

- a) infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 17 – Altri infortuni coperti dalla Polizza;
- b) infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c) infortuni derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;

- d) infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) gli infortuni derivanti da autolesionismo; suicidio tentato o consumato; delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari, restando comunque coperti in garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- f) infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g) infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- h) infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i) infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j) infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività; speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (bob su pista), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- k) infortuni derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- l) infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- m) infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
- n) infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquee;
- o) infortuni derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.

****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 o da convenzioni internazionali.

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 del Nord, Cuba e Crimea.

Articolo 26 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano 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.

E' fatto salvo il diritto all'Obligo Oncologico, come definito nel Glossario.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 27 – Adempimenti in caso di Sinistro

27.1) Denuncia di Sinistro per Garanzie Infortuni

In caso di Infortunio avente per conseguenza uno degli eventi previsti in Polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la Denuncia all'Assicuratore, in una delle modalità riportate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI", entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

La Denuncia deve indicare luogo, giorno e ora. L'Assicurato deve 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.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un soggetto incaricato dall'Assicuratore; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultimo.

27.2) Denuncia di Sinistro per Prestazioni di assistenza

Per richiedere le prestazioni di Assistenza, l'Assicurato o un suo rappresentante, deve contattare la Centrale Operativa in una delle modalità riportate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI" e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della Polizza);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

Articolo 28 - 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 della presente Polizza.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti, tra tre nomi proposti dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la Parte proponente convoca il Collegio Medico, invitando l'altra Parte a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. **La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.**

Art. 29 - Prova

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

Articolo 30 – 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 nell'ambito dell'Unione Europea.

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 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