

Assicurazione Infortuni, Malattia, Assistenza e Tutela Legale

CHUBB®

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Programma Intervento Protetto

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 assicurativa che offre una copertura in caso di ricovero per infortunio o malattia, con o senza intervento chirurgico, un servizio di Second Opinion, un controllo medico gratuito ogni due anni e un servizio di tutela legale. La polizza si rivolge alle persone fisiche residenti in Italia che al momento dell'adesione alla polizza non abbiano ancora compiuto il 65° anno d'età.



Che cosa è assicurato?

- ✓ In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che richieda intervento chirurgico presso lo stesso istituto, viene garantito il pagamento di un indennizzo predefinito
- ✓ In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che non richieda alcun intervento chirurgico, viene garantito il pagamento di un indennizzo predefinito
- ✓ Vengono garantite le seguenti prestazioni di assistenza connesse all'infortunio o alla malattia:
 - Centrale Operativa disponibile 24 ore su 24;
 - consulto medico telefonico;
 - invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza;
 - prestazione medica specialistica, esame diagnostico, laboratorio o ricovero.
- ✓ Nel caso in cui l'Assicurato sia affetto da gravi patologie o necessiti di interventi chirurgici di particolare complessità, è possibile ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive relativamente a patologie oncologiche, cerebrovascolari, neurologiche degenerative (tra le quali sclerosi multipla), del cuore e dei grandi vasi
- ✓ Controllo medico biennale gratuito
- ✓ Garanzia di Tutela Legale per le controversie attinenti l'ambito della vita privata che l'Assicurato intenda promuovere, a seguito di ricovero con intervento chirurgico, nei confronti dell'istituto di cura presso cui ha subito l'intervento o nei confronti dell'équipe chirurgica che lo ha eseguito

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei
- ✗ Infortuni derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo,
- ✗ Interventi chirurgici e prestazioni mediche finalizzati all'eliminazione o correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico
- ✗ Cure dentarie, cure fisioterapiche, cure del sonno, anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate
- ✗ Ricoveri resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale
- ✗ Controversie non connesse agli ambiti della vita privata, derivanti dall'esercizio di qualsiasi attività di lavoro autonomo o dipendente o derivanti dalla circolazione dei veicoli o natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle esclusioni si rimanda al DIP aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non sono assicurabili le persone di età superiore a 65 anni compiuti né le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi a questa collegate
- ! In caso di emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso né assumersi le eventuali spese

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?

- ✓ Le garanzie Ricovero con Intervento Chirurgico e Ricovero senza Intervento Chirurgico o post-operatorio sono valide in qualsiasi Paese del mondo
- ✓ Le prestazioni di assistenza connesse all'infortunio o alla malattia e la garanzia Controllo medico biennale gratuito sono valide in Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano, ad eccezione della prestazione Consulto medico telefonico operante in qualsiasi Paese del mondo
- ✓ La garanzia Second Opinion è valida in qualsiasi Paese del mondo
- ✓ La garanzia Tutela è valida per i casi assicurativi insorti in Europa o negli Stati extraeuropei posti nel bacino del Mare Mediterraneo, purché il Foro competente si trovi in questi territori



Che obblighi ho?

- Comunicare in forma libera 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
- 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
- In caso di infortunio o malattia, 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
- In caso di sinistro di Tutela Legale, denunciarlo all'Assicuratore tramite l'Ufficio Tutela Legale dal momento in cui l'evento si è verificato o da quando l'Assicurato ne abbia avuto conoscenza. Inoltre, comunicare all'Assicuratore ogni notizia di qualunque atto notificato entro 3 giorni dalla data della notifica
- Per usufruire delle prestazioni di assistenza e della garanzia Second Opinion, contattare in autonomia la Centrale Operativa e fornire tutte le informazioni richieste



Quando e come devo pagare?

Il Contraente si impegna a corrispondere il premio 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.

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



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 70° 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 ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla Data di Conclusione del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Conclusione del contratto.

Il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o tramite PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com, 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.

Assicurazione Infortuni, Malattia, Assistenza e Tutela Legale

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Programma Intervento Protetto

DIP Aggiuntivo realizzato in data: febbraio 2021. 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 2019 è pari a € 2.455.313.956 e comprende il capitale sociale pari a € 896.176.662 e le riserve patrimoniali pari a € 1.559.137.294. Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al 139%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 1.964.385.247 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 2.723.738.933. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 610.356.809. 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?

La polizza, in caso di sinistro indennizzabile, prevede i seguenti indennizzi per ciascuna garanzia:

Indennizzi Garanzie da Infortunio o Malattia:

Indennità forfettaria in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico:

- da 1 a 3 Giorni di Ricovero	150 €
- da 4 a 7 Giorni di Ricovero	400 €
- da 8 a 14 Giorni di Ricovero	700 €
- da 15 a 30 Giorni di Ricovero	2.000 €
- da 31 a 45 Giorni di Ricovero	4.000 €
- da 46 a 60 Giorni di Ricovero	8.500 €
- oltre 60 Giorni di Ricovero	15.000 €

Indennità giornaliera in caso di Ricovero senza Intervento Chirurgico o Ricovero post-operatorio

50 € al giorno, max 365 gg per evento

Indennizzi Garanzie di Assistenza alla Persona:

Consulto medico telefonico

Illimitato

Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di Urgenza

Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, purché autorizzate dalla Centrale Operativa, fino al Massimale di 120 €

Accesso ad una rete di centri convenzionati. Servizio informazione Ricoveri

Illimitato

Second Opinion in caso di Intervento Chirurgico o di gravi patologie:

Servizio di Second Opinion in caso di Intervento chirurgico o di gravi patologie

Max 1 volta per patologia

Controlli medici biennali gratuiti:

Visita internistica generale e set di esami di laboratorio gratuiti a disposizione dell'Assicurato con cadenza biennale

In caso di mancata disponibilità di strutture sanitarie adeguate, rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, entro il limite di 100 €

Indennizzi Garanzie di Tutela Legale:

Rimborso delle spese legali per controversie insorte successivamente all'Intervento Chirurgico subito a seguito di Infortunio o Malattia

Fino al Massimale di 5.000 € per Sinistro

La polizza comprende tra gli Infortuni:

- ✓ Asfissia meccanica
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie
- ✓ 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, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici
- ✓ Infortuni subiti durante viaggi 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. Sono inoltre inclusi gli infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente
- ✓ 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
- ✓ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove o allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente agli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie elencate nella Sezione "Che cosa non è assicurato?"



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?"
- ✗ Infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche
- ✗ Infortuni derivanti da autolesionismo; suicidio tentato o consumato; delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari, ad eccezione degli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana
- ✗ Infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci e dall'uso di stupefacenti e/o allucinogeni
- ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo)
- ✗ 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 (motoslitta), 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

	<p>aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Infortuni derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore ✘ Infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o comportante remunerazione su base contrattuale, sia diretta sia indiretta ✘ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti le tipologie di sport sopra elencate e fatto salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?" ✘ Infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione subacquei ✘ Infortuni derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub del Contraente o dell'Assicurato, in qualità di pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo ✘ Ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, di riposo, di convalescenza o in istituti di cura non rispondenti alle caratteristiche di cui alla definizione di istituto di cura indicata in polizza ✘ Ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) ✘ Ricoveri correlati a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico ✘ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio o malattia ✘ Eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura ✘ Pronto soccorso non seguito da ricovero <p>Relativamente alla garanzia Tutela Legale sono inoltre esclusi i seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✘ Sinistri provocati o dipendenti da procedimenti penali ✘ Sinistri provocati o dipendenti da vertenze di natura contrattuale ✘ Sinistri provocati o dipendenti da recupero crediti ✘ Pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere ✘ Controversie derivanti da contratti che, al momento della stipula della presente polizza, fossero stati già disdetti, rescissi, risolti o modificati dal Contraente
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! Non sono assicurabili le persone fisiche, le persone giuridiche e determinati tipi di attività connesse ai seguenti Paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea
- ! La garanzia Tutela Legale è valida per i casi assicurativi insorti durante il periodo di efficacia della polizza, purché regolarmente denunciati all'Impresa (o all'Ufficio Tutela Legale) entro 2 anni dal loro verificarsi



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

- Fornire all'Impresa ogni informazione e documentazione necessaria alla corretta gestione del sinistro ed ogni altra informazione e/o documentazione indicata in polizza
- L'elenco completo dei documenti da fornire all'Impresa è contenuto nelle Condizioni di Assicurazione in relazione a ogni specifica garanzia

Assistenza diretta/in convenzione: Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di assistenza e della garanzia Tutela Legale, l'Impresa si avvale della Centrale Operativa e dell'Ufficio Tutela Legale di Inter Partner Assistance S.A., quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge.

Gestione da parte di altre imprese: A seconda della tipologia di evento o della complessità del sinistro, la relativa pratica potrà essere gestita o direttamente dall'Impresa o da Società terze

	regolarmente incaricate.
	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 in conformità all'art.2952 Codice Civile.
Dichiarazioni 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 secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	<ul style="list-style-type: none"> - La polizza prevede che, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al sinistro, l'Impresa provvede al pagamento dell'indennizzo all'Assicurato entro 30 giorni - Il Contraente ha il diritto di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo delle attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza, direttamente o indirettamente incaricato dall'Impresa o dall'Intermediario abilitato - In caso di adesione alla polizza per il tramite dell'Intermediario abilitato, esso informa il Contraente in merito al suo diritto di scegliere e modificare in qualsiasi momento, con eventuali oneri connessi alla stampa, la modalità di ricezione e trasmissione dei documenti precontrattuali e contrattuali, purché su supporto durevole e fermo il diritto del Contraente di richiedere la trasmissione di tali documenti su supporto cartaceo



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge - Il premio di assicurazione è pari ad una Unità di Premio, cioè l'importo corrispondente ad un mese di assicurazione o ad un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla frequenza di pagamento scelta dall'Assicurato (mensile, trimestrale o annuale) - Ciascuna Unità di Premio è stabilita in base alla fascia di età cui appartiene l'Assicurato in fase di adesione al contratto, come indicato nella tabella sottostante - Ciascuna Unità di Premio è soggetta ad automatico adeguamento al passaggio da una fascia di età all'altra e verrà effettuato ad ogni ricorrenza annuale immediatamente successiva al predetto passaggio di fascia di età, come di seguito riportato: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #00a0c0; color: white;"> <th colspan="2">Unità Di Premio (importo corrispondente ad un mese di copertura)</th> </tr> <tr> <th>Fasce di età</th> <th>Unità di premio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>fino a 20 anni</td> <td>12 €</td> </tr> <tr> <td>da 21 a 35 anni</td> <td>13,50 €</td> </tr> <tr> <td>da 36 a 40 anni</td> <td>15 €</td> </tr> <tr> <td>da 41 a 45 anni</td> <td>16,75 €</td> </tr> <tr> <td>da 46 a 50 anni</td> <td>19 €</td> </tr> <tr> <td>da 51 a 55 anni</td> <td>21 €</td> </tr> <tr> <td>oltre 55 anni</td> <td>25,50 €</td> </tr> </tbody> </table>	Unità Di Premio (importo corrispondente ad un mese di copertura)		Fasce di età	Unità di premio	fino a 20 anni	12 €	da 21 a 35 anni	13,50 €	da 36 a 40 anni	15 €	da 41 a 45 anni	16,75 €	da 46 a 50 anni	19 €	da 51 a 55 anni	21 €	oltre 55 anni	25,50 €
Unità Di Premio (importo corrispondente ad un mese di copertura)																			
Fasce di età	Unità di premio																		
fino a 20 anni	12 €																		
da 21 a 35 anni	13,50 €																		
da 36 a 40 anni	15 €																		
da 41 a 45 anni	16,75 €																		
da 46 a 50 anni	19 €																		
da 51 a 55 anni	21 €																		
oltre 55 anni	25,50 €																		
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di recesso sarà restituito il premio di polizza già pagato, senza l'applicazione di alcuna penale 																		



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<ul style="list-style-type: none"> - Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni - Per i sinistri conseguenti a malattia, è prevista l'applicazione per ciascun Assicurato di un periodo di carenza di sei mesi a partire dalla data di adesione al contratto, indicata sul Certificato Personale di Assicurazione
Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<ul style="list-style-type: none"> - Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	La polizza non prevede casi, oltre il diritto di recesso entro 60 gg dalla stipula e la disdetta in corso di

contratto, in cui il Contraente o l'Assicurato possano risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche residenti in Italia di età non superiore a 65 anni compiuti intermediati da Agos Ducato.



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: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en

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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none">- La polizza contiene la disposizione secondo cui, in caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), 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.- La polizza contiene la disposizione secondo cui, in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e l'Impresa (o l'Ufficio Tutela Legale), la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente in base alle vigenti norme di legge.

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.

Programma Intervento Protetto

Contratto di Assicurazione, di Assistenza e Tutela Legale contro gli Infortuni e la Malattia

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

CHUBB®

I Nostri Contatti

Se vuole **parlare con noi**, può chiamare il nostro numero verde unico, gratuito dall'Italia:



dall'estero 0039 06 42115 822 (al costo previsto dal piano tariffario dell'operatore telefonico utilizzato)

attivo nei seguenti orari:

- Per ottenere servizi e prestazioni di assistenza

24 ore su 24, 7 giorni su 7

- Per ottenere informazioni sulla Polizza, per comunicare variazioni anagrafiche, per includere o escludere altri assicurati o per denunciare un sinistro

dal lunedì al giovedì (dalle 9 alle 17) e il venerdì (dalle 9 alle 13) - esclusi i giorni festivi

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

via posta: Chubb European Group SE - Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano

via fax: +39-02 27095581

via email: servizioclienti.chubb@chubb.com

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO.....	pag.	4
L'Assicuratore	pag.	4
L'Intermediario Agos Ducato S.p.A.	pag.	4
Il Prodotto	pag.	5
SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA	pag.	6
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	pag.	12
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente	pag.	12
Articolo 2 - Determinazione del Premio di assicurazione	pag.	13
Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione	pag.	14
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso	pag.	14
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta	pag.	15
Articolo 6 - Altre assicurazioni.....	pag.	16
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa.....	pag.	16
Articolo 8 - Foro competente	pag.	16
Articolo 9 - Oneri fiscali.....	pag.	16
Articolo 10 - Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge	pag.	16
SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	pag.	16
Articolo 11 - Oggetto dell'assicurazione	pag.	16
Articolo 12 - Persone assicurabili.....	pag.	18
Articolo 13 - Infortuni coperti dalla Polizza.....	pag.	18
Articolo 14 - Ricovero con Intervento Chirurgico.....	pag.	19
Articolo 15 - Ricovero senza Intervento Chirurgico o post-operatorio	pag.	19
Articolo 16 - Assistenza connessa all'Infortunio o alla Malattia.....	pag.	20
Articolo 17 - Centrale Operativa.....	pag.	20
17.1) - Consulto medico telefonico	pag.	20
17.2) - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza	pag.	21
Articolo 18 - Accesso alla rete sanitaria convenzionata. Servizio informazione Ricoveri.....	pag.	21
Articolo 19 - Second Opinion	pag.	22
Articolo 20 - Controllo medico biennale gratuito.....	pag.	22
Articolo 21 - Tutela Legale.....	pag.	23
21.1) - Casi garantiti.....	pag.	23
21.2) - Libera scelta del legale	pag.	24
21.3) - Spese garantite	pag.	24
21.4) - Spettanza delle somme recuperate	pag.	24
21.5) - Insorgenza del Sinistro.....	pag.	25
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.....	pag.	25
Articolo 22 - Persone non assicurabili e limiti di età.....	pag.	25
Articolo 23 - Aggravamento del Rischio	pag.	25
Articolo 24 - Periodo di Carenza e patologie preesistenti	pag.	26
Articolo 25 - Esclusioni generali	pag.	26
Articolo 26 - Esclusioni specifiche di Tutela Legale	pag.	28
Articolo 27 - Criteri di indennizzabilità	pag.	28
SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO	pag.	29
Articolo 28 - Adempimenti in caso di Sinistro	pag.	29
28.1) Denuncia di Sinistro Infortuni o Malattia	pag.	29
28.2) Richiesta di Assistenza o Second Opinion.....	pag.	29
28.3) Denuncia di Sinistro di Tutela Legale	pag.	29
Articolo 29 - Gestione dei Sinistri	pag.	30
29.1) Controversie in caso di Sinistro Infortuni, Malattia o Assistenza.....	pag.	30
29.2) Gestione del Sinistro di Tutela Legale	pag.	30
Articolo 30 - Pagamento dell'Indennizzo	pag.	31

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

L'Assicuratore

Chubb è la più grande compagnia assicurativa danni al mondo per capitalizzazione quotata in borsa. Opera in 54 Paesi e offre, a livello globale, soluzioni assicurative a imprese di ogni dimensione, a professionisti e famiglie. Opera nel Property & Casualty (P&C) e nell'Accident & Health (A&H), con prodotti sia personalizzati sia standardizzati, attraverso una pluralità di canali. L'elevata capacità sottoscrittiva e l'attenzione al servizio ci sono riconosciuti dal mercato, soprattutto riguardo l'equità e la tempestività con cui gestiamo i sinistri. Grazie al nostro lavoro accurato, alla passione che ci mettiamo e a decenni di esperienza, realizziamo e forniamo le migliori coperture assicurative a individui e famiglie, nonché alle imprese di ogni dimensione.

Disponiamo di una gamma di prodotti ampia, anche specialistici e innovativi in quanto centrati sui rischi emergenti. Abbiamo una visione globale del business e un'attenzione alle singole specificità locali in ciascuno dei territori in cui operiamo. Serviamo clienti individuali e famiglie, con una specializzazione nel segmento "private" dove elevate sono le esigenze di protezione del patrimonio. Allo stesso modo serviamo imprese di ogni dimensione, anche multinazionali dove, in forza del nostro network che ci consente di operare in circa 200 Paesi, siamo in grado di soddisfare le esigenze più complesse e sofisticate.

Siamo infine tra gli attori protagonisti nel realizzare programmi affinity, dove è interesse del partner predisporre e offrire servizi assicurativi distintivi e specifici. Le principali società assicurative del Gruppo Chubb si caratterizzano per una forte solidità finanziaria, con un rating AA da Standard & Poor's e A++ da A.M. Best. Chubb Limited, l'Assicuratore capogruppo di Chubb, è quotata alla borsa valori di New York (NYSE: CB) e fa parte dell'indice S&P 500. Chubb Limited ha sede legale a Zurigo, mentre le società del Gruppo hanno centinaia di uffici nel mondo e impiegano circa 31.000 persone.

L'Intermediario

Agos Ducato S.p.A.

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1986 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia. Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM.

Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti. Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

Il Prodotto

Il Programma Intervento Protetto è la polizza assicurativa, appositamente pensata per i Clienti Agos, che offre una copertura in caso di ricovero per infortunio o malattia, con o senza intervento chirurgico. In caso di intervento chirurgico di particolare complessità o di gravi patologie, avrà a sua disposizione un servizio di “second opinion” per ottenere un parere medico complementare. Inoltre, qualora si verificassero controversie legate all'intervento chirurgico, potrà disporre di un massimale per la tutela legale. Il Programma Intervento Protetto pensa anche al suo futuro: ogni due anni, infatti, avrà la possibilità di sottoporsi ad un controllo medico gratuito presso una delle strutture convenzionate per monitorare costantemente il suo stato di salute.

Valutazione delle richieste ed esigenze 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 sia coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente. L'Intermediario ha raccolto la dichiarazione del Contraente di:

- a. non possedere coperture analoghe a quelle previste dal presente Contratto di Assicurazione o comunque di essere interessato ad incrementare il proprio livello di protezione;
- b. non avere interesse ad una copertura in riferimento alla pratica di sport pericolosi, quali a titolo di esempio: paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei in genere, ecc., fatto che comporterebbe l'esclusione dalla copertura degli eventi derivanti dalla pratica di quanto indicato;
- c. non avere interesse ad una copertura in riferimento ad infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo di armi da fuoco e/o da sparo.

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA

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

A

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.

Assicurazione Tutela Legale: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a rimborsare all'Assicurato le spese necessarie per la tutela, giudiziale o stragiudiziale, dei diritti dell'Assicurato nei confronti di un terzo.

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

B

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

C

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

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 concessione della 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 del Contraente, 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.

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 Effetto.

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

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

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

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

Caso b):

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

Caso c):

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

Caso d):

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

Caso e):

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

Frattura: una soluzione di continuo dell'osso, parziale o totale, con o senza spostamento, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

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.

Intermediario: l'Intermediario assicurativo, Agos Ducato S.p.A., iscritto alla sezione D del

Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) in data 05/10/2007, n° D000200619, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente contratto di assicurazione.

Intervento Chirurgico: atto medico, praticato in Istituto di Cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

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

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

L

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

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

M

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

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

P

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

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione. Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla normativa vigente.

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

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

Q

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

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

R

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

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

Ricorrenza Annuale: ogni anniversario di polizza, calcolato in 12 mesi dalla Data di Effetto del contratto.

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

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

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 (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e, ove previsto, Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

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

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

U

Ufficio Tutela Legale: l'organizzazione di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 – 00156 Roma, alla quale l'Assicuratore ha affidato la gestione delle garanzie di tutela legale previste dal presente contratto di assicurazione.

Unità di Premio: l'importo corrispondente ad 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, ha acquisito dal Contraente prima dell'Adesione ogni informazione utile ad 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. Inoltre, l'Intermediario ha accertato che il Contraente fosse consapevole delle seguenti principali caratteristiche ed Esclusioni della copertura assicurativa prestata dal presente Contratto di Assicurazione:

- a. essa è cumulabile con altre coperture analoghe che l'Assicurato dovesse possedere;
- b. essa esclude gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali a titolo d'esempio: 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 (motoslitta), 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;

c. essa esclude gli Infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo da parte dell'Assicurato di armi da fuoco e/o da sparo.

****Avvertenza****

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per la conclusione del Contratto 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.

Articolo 2 - Determinazione del Premio di assicurazione

Il Premio di assicurazione è pari a una Unità di Premio - cioè l'importo corrispondente ad 1 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 alla fascia di età cui appartiene l'Assicurato in fase di Adesione, come riportato nella “Tabella del Premio” presente nel “Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo” (“DIP Aggiuntivo”).

****Avvertenza****

Ciascuna Unità di Premio è soggetta ad automatico adeguamento al passaggio da una fascia di età all'altra, come riportato nella "Tabella del Premio" presente nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo"). Il meccanismo di adeguamento del Premio scatta ad ogni Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al passaggio da una fascia di età all'altra.

Esempio di funzionamento del meccanismo automatico di adeguamento del Premio:

Il Contraente, nato il 5 marzo 1998, aderisce il giorno 15 aprile 2019 (Data di Conclusione del contratto), all'età di 21 anni. Pagherà pertanto, a partire dal 15 aprile 2019 (Resta inteso che la prima Unità di Premio, pari a 1 mese di copertura assicurativa dalla data di Conclusione del Contratto, è a carico dell'Assicuratore), l'Unità di Premio corrispondente alla fascia di età 21- 35 anni, pari a Euro 13,50.

A partire dal giorno 15 aprile 2034 (Ricorrenza Annuale) il Contraente, avendo compiuto 36 anni, pagherà l'Unità di Premio corrispondente alla successiva fascia di età (da 36 a 40 anni), pari a Euro 15.

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 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 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.

Resta inteso che la prima Unità di Premio, pari a 1 mese di copertura assicurativa dalla data di Conclusione del Contratto, è a carico dell'Assicuratore. Il Contraente non è tenuto a corrisponderla all'Assicuratore, a condizione che nei tempi dovuti effettui il pagamento della prima unità di Premio a suo carico. Il mancato pagamento della prima unità di Premio a carico del Contraente dopo il godimento del primo mese di 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.

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. 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 60 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;
- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In tal caso il Contratto 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 2020. La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno.

Entro le ore 24 del 14 giugno 2020, 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 Effetto del Contratto.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 70° 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 dedicato, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi 5 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

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.

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 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 attraverso i canali indicati nella pagina "I Nostri Contatti". 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, Malattia, Assistenza e Tutela Legale" garantisce all'Assicurato, in caso di Infortunio o Malattia che provochino un Ricovero dello stesso in un Istituto di Cura:

- il pagamento di un'Indennità forfetaria, determinata in base ai Giorni di Ricovero, se il Ricovero comporta Intervento Chirurgico;
- il pagamento di un'Indennità giornaliera per ogni Giorno di Ricovero senza Intervento Chirurgico o per il Ricovero post operatorio;
- un pacchetto di prestazioni di Assistenza medica;
- un servizio di "Second Opinion";
- la facoltà di beneficiare di un controllo medico con cadenza biennale a spese dell'Assicuratore;
- un Massimale per il rimborso delle spese legali.

Gli Indennizzi e i Massimali sono riportati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sottostante:

Indennizzi Garanzie da Infortunio o Malattia:	
Indennità forfetaria in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico:	
- da 1 a 3 Giorni di Ricovero	150 €
- da 4 a 7 Giorni di Ricovero	400 €
- da 8 a 14 Giorni di Ricovero	700 €
- da 15 a 30 Giorni di Ricovero	2.000 €
- da 31 a 45 Giorni di Ricovero	4.000 €
- da 46 a 60 Giorni di Ricovero	8.500 €
- oltre 60 Giorni di Ricovero	15.000 €
Indennità forfetaria in caso di Ricovero senza Intervento Chirurgico o Ricovero post-operatorio	50 € al giorno, max 365 gg per evento

Indennizzi Garanzie di Assistenza alla Persona:	
Consulto medico telefonico	Illimitato
Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di Urgenza	Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, purché autorizzate dalla Centrale Operativa, fino al Massimale di 120 €
Accesso ad una rete di centri convenzionati. Servizio informazione Ricoveri	Illimitato

Second Opinion in caso di Intervento Chirurgico o di gravi patologie:

Servizio di Second Opinion in caso di Intervento chirurgico o di gravi patologie

Max 1 volta per patologia

Controlli medici biennali gratuiti:

Visita internistica generale e set di esami di laboratorio gratuiti a disposizione dell'Assicurato con cadenza biennale

In caso di mancata disponibilità di strutture sanitarie adeguate, rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, entro il limite di 100 €

Indennizzi Garanzie di Tutela Legale:

Rimborso delle spese legali per controversie insorte successivamente all'Intervento Chirurgico subito a seguito di Infortunio o Malattia

Fino al Massimale di 5.000 € per Sinistro

Articolo 12 - Persone assicurabili

Il Contraente può assicurare se stesso e/o altra persona purchè di età non superiore a 65 (sessantacinque) 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 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

Si ricorda che in caso di Assicurato 65enne la presente Polizza avrà Durata specifica determinata in massimo 5 anni, essendo prevista come eccezione alla durata indeterminata, l'assicurabilità sino alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età.

Il quinquennio è anche in linea con l'obbligo generale dell'Assicuratore di non dare Disdetta al Contratto di Assicurazione per il periodo minimo di 5 anni.

Articolo 13 - Infortuni coperti dalla Polizza

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 Esclusione degli infarti e delle ernie;
- 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;
- 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. Sono inoltre inclusi gli Infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- 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 ricollegabili alle tipologie menzionate all'Articolo 25 nella Sezione 4 - DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Articolo 14 - Ricovero con Intervento Chirurgico

Se l'Infortunio o la Malattia rendono necessario il Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura che richieda un Intervento Chirurgico presso lo stesso Istituto, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità forfetaria, determinata in base ai Giorni di Ricovero, indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata.

La liquidazione dell'Indennità dovuta viene effettuata a Ricovero ultimato.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 15 - Ricovero senza Intervento Chirurgico o post-operatorio

Se l'Infortunio o la Malattia rendono necessario il Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, che non richieda alcun Intervento Chirurgico, l'Assicuratore, per ogni Giorno di Ricovero, corrisponde l'Indennità forfetaria, indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata, fino ad un massimo di 365 giorni per evento.

Qualora l'Istituto di Cura presso il quale l'Assicurato ha subito l'Intervento dovesse trasferirlo per ragioni logistiche presso un altro Istituto di Cura per il decorso post-operatorio dell'Assicurato, l'Assicuratore, per ogni Giorno di Ricovero nel secondo Istituto di Cura, corrisponde l'Indennità forfetaria, indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata, a partire dal primo Giorno di Ricovero e con il massimo di 365 giorni per evento.

La liquidazione dell'Indennità dovuta viene effettuata a Ricovero ultimato.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 16 - Assistenza connessa all'Infortunio o alla Malattia

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

Articolo 17 - Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio o Malattia può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nei successivi articoli, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde riportato a pagina 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI". La Centrale Operativa è disponibile 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, con i limiti indicati in ciascuna prestazione. Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare Assistenza immediata, l'Assicurato viene richiamato non appena la Centrale Operativa ha ricevuto le informazioni necessarie e, comunque, entro e non oltre le successive 48 ore. **Resta inteso che gli interventi di Assistenza devono essere predisposti direttamente dalla Centrale Operativa ed essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di Assistenza.**

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.

17.1) - Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di Urgenza. 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 o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

17.2) - Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, in seguito al primo contatto telefonico di cui al precedente punto 17.1), la Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato sul posto, si provvederà ad inviare un medico generico convenzionato. La prestazione viene fornita con costi a carico dell'Assicuratore. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, l'Assicuratore organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza privata presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico. Resta inteso che in caso di Emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulti impossibile fornire la prestazione, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le eventuali spese sostenute dallo stesso, sempre che tali spese siano previste nelle singole garanzie e preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, fino ad un Massimale di 120,00 Euro. Le eventuali spese sostenute, purché autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, ricevute, notule).

La presente garanzia è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano.

Articolo 18 - Accesso alla rete sanitaria convenzionata. Servizio informazione Ricoveri

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un Ricovero, la Centrale Operativa fornirà informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- Ricoveri presso centri di cura generica e specialistica, sia pubblici che privati.

Resta inteso che la Centrale Operativa non provvederà a effettuare la prenotazione delle prestazioni sopra indicate ma fornirà una consulenza immediata sulla struttura sanitaria ritenuta più idonea al caso specifico.

Si specifica che per le prestazioni di cui al presente articolo la Centrale Operativa è attiva dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

La presente garanzia è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano.

Articolo 19 - Second Opinion

Qualora l'Assicurato sia affetto da gravi patologie o necessiti di Interventi Chirurgici di particolare complessità, la Centrale Operativa fornirà la possibilità 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 relativamente alle seguenti patologie:

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologiche degenerative, tra le quali sclerosi multipla;
- del cuore e dei grandi vasi.

Il parere medico complementare, inviato 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.

Resta inteso che la prestazione ha finalità esclusivamente informativa e di consulenza diagnostico-terapeutica e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante dell'Assicurato.

Si specifica che la presente garanzia non è ripetibile, pertanto non sarà fornita 2 volte in merito alla medesima patologia. L'Assicuratore terrà a proprio carico le spese del consulto.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 20 - Controllo medico biennale gratuito

La Centrale Operativa provvederà a prenotare, **con cadenza biennale e dietro richiesta dell'Assicurato**, un controllo medico presso una delle proprie strutture convenzionate in base alle disponibilità del momento e alla vicinanza della struttura al domicilio dell'Assicurato, dando conferma della prenotazione secondo la modalità convenuta (telefono, e-mail, fax, lettera, sms). Qualora non siano disponibili strutture sanitarie convenzionate rispondenti alle esigenze dell'Assicurato, l'Assicurato potrà rivolgersi a centri non convenzionati e beneficiare di un rimborso delle spese sostenute per il controllo, entro il limite di 100,00 Euro. Il controllo medico, il cui costo resta a carico dell'Assicuratore, prevede le seguenti prestazioni:

- Visita internistica generale;
- Esami di laboratorio:
 - Colesterolo totale;

- Creatininemia;
- Emocromo con formula;
- Glicemia;
- PCR;
- Sodiemia;
- Cloremia;
- Transaminasi;
- Gamma GT;
- Trigliceridi;
- Uricemia;
- Esami urine.

La presente garanzia è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano.

Articolo 21 - Tutela Legale

Per la gestione dei sinistri di Tutela Legale l'Assicuratore si avvale dell'Ufficio Tutela Legale di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Si precisa che L'Assicurato può contattare telefonicamente l'Ufficio Tutela Legale al Numero Verde riportato a pagina 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI", in funzione dal lunedì al giovedì dalle ore 9.00 alle ore 17.00 e il venerdì dalle ore 9.00 alle ore 13.00, esclusi i giorni festivi.

21.1) - Casi garantiti

La presente garanzia vale esclusivamente per le controversie che, nell'ambito della vita privata, l'Assicurato - o se impossibilitato un suo familiare - intenda promuovere, dopo aver subito un Ricovero con Intervento Chirurgico conseguente a Infortunio o Malattia che abbia comportato almeno 1 Giorno di Ricovero, nei confronti:

- dell'Istituto di Cura presso cui è stato eseguito l'Intervento Chirurgico;
- dell'équipe chirurgica che ha eseguito l'Intervento Chirurgico.

Sono pertanto escluse le controversie connesse ad altri ambiti della vita privata, derivanti dall'esercizio di qualsiasi attività di lavoro autonomo o dipendente o derivanti dalla circolazione dei veicoli o natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria.

La presente garanzia è valida per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli Stati extraeuropei posti nel bacino del Mare Mediterraneo, purché il Foro competente si trovi in questi territori.

21.2) - Libera scelta del legale

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto presso il Foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia assicurata. In tal caso, l'Assicurato deve indicare il nominativo del proprio legale all'Ufficio Tutela Legale contemporaneamente alla denuncia del Sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, l'Ufficio Tutela Legale lo invita a sceglierne uno e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con l'Assicuratore o con l'Ufficio Tutela Legale.

E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio territorialmente competente.

21.3) - Spese garantite

L'Assicuratore rimborsa le spese di Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, fino ad un Massimale di 5.000 Euro.

Si precisa che per "oneri non ripetibili dalla controparte" si intendono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del Sinistro;
- nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato o di transazione autorizzata dall'Ufficio Tutela Legale, le spese del legale di controparte;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti, purché scelti in accordo con l'Ufficio Tutela Legale;
- il Contributo Unificato per le spese degli atti giudiziari dovuto in base alle vigenti disposizioni di Legge, purché non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

21.4) - Spettanza delle somme recuperate

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece all'Assicuratore gli onorari da esso sostenuti o anticipanti, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente, nei limiti previsti dai Massimali indicati nella "Tabella Delle Garanzie e degli Indennizzi".

21.5) - Insorgenza del Sinistro

Si precisa che ai fini della presente garanzia per “Insorgenza del Sinistro” si intende il momento in cui si è verificato il primo evento che ha originato il diritto al risarcimento dell'Assicurato.

In presenza di più violazioni della stessa natura, il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data in cui è stata commessa la prima violazione.

La garanzia viene prestata per i casi assicurativi insorti durante il periodo di efficacia della presente Polizza, purché regolarmente denunciati all'Assicuratore (o all'Ufficio Tutela Legale) entro 2 anni dal loro verificarsi. Sono escluse le controversie derivanti da contratti che al momento della stipula della presente Polizza fossero stati già disdetti, rescissi, risolti o modificati dal Contraente.

Si considerano a tutti gli effetti come unico Sinistro:

- le vertenze promosse da o contro più persone aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- le indagini o i rinvii a giudizio a carico di una o più persone indicati come Assicurati nel Certificato Personale di Assicurazione e dovuti al medesimo evento o fatto.

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 un'età superiore a 65 anni compiuti. In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale del periodo assicurativo immediatamente successivo al compimento del 70° 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 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a comunicare all'Assicuratore in forma libera 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 ai fini di questo articolo 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. Per esempio la variazione della professione svolta comporta una variazione rilevante se il cambiamento incide oggettivamente sul Rischio oggetto dell'assicurazione. La comunicazione potrà avvenire con le modalità che il Contraente e/o l'Assicurato riterranno di adottare in modo di essere in grado di documentare

l'avvenuta comunicazione. Tuttavia l'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la notifica scritta di condizioni che possono determinare tali variazioni essendo valida qualsiasi forma di comunicazione.

Si precisa inoltre che, qualora le variazioni 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 24 - Periodo di Carenza e patologie preesistenti

Per i Sinistri conseguenti a Malattia viene stabilito un periodo di Carenza di 6 mesi per ciascun Assicurato a partire dalla Data di Adesione, indicata sul Certificato Personale di Assicurazione. Trascorso tale periodo di Carenza, si intendono comunque inclusi i Sinistri riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la Data di Adesione indicata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Premesso che il giudizio di preesistenza si basa su principi medico-scientifici, si specifica che per “condizioni patologiche preesistenti” si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato prima della Data di Adesione:

- abbia fatto sottoporre l'Assicurato alle visita e/o alle cure di un medico;
- abbia richiesto l'utilizzo di servizi o attrezzature cliniche o simili;
- abbia ottenuto una prescrizione medica o farmacologica.

Articolo 25 - Esclusioni generali

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni e, laddove previsto dalle Condizioni di Assicurazione, le Malattie:

- a. derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 13 - Infortuni coperti dalla Polizza;
- b. subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c. derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- d. 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. 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. derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g. derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- h. derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i. derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j. 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 (motoslitta), 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. derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- l. derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- m. derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
- n. derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- o. 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.

Sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione:

- p. i ricoveri per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico non determinati da sinistro indennizzabile;
- q. i ricoveri, quando siano resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale;
- r. i ricoveri in stabilimenti termali in Istituti di Cura che non rispondano alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- s. i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da Sinistro indennizzabile;
- t. i ricoveri correlati a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;

- u. le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- v. le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche non resi necessari da Infortunio o Malattia;
- w. eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- x. il pronto soccorso non seguito da ricovero.

****Avvertenza****

L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.

Chubb European Group SE è una società del gruppo Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE è soggetta 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 ai seguenti paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

Articolo 26 - Esclusioni specifiche di Tutela Legale

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli eventi provocati o dipendenti da:

- a. procedimenti penali;
- b. vertenze di natura contrattuale;
- c. recupero crediti;
- d. il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.

Articolo 27 - 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.

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 28 - Adempimenti in caso di Sinistro

28.1) Denuncia di Sinistro Infortuni o Malattia

In caso di Infortunio o Malattia, l'Assicurato deve inoltrare la Denuncia all'Assicuratore, per il tramite del Servizio Clienti, il cui numero telefonico è riportato 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 ed ora del Sinistro.

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. Per la liquidazione delle Indennità di cui all'Articolo 14 - Ricovero con intervento chirurgico e all'Articolo 15 - Ricovero senza intervento chirurgico o post-operatorio, l'Assicurato deve presentare la cartella clinica in originale o conforme all'originale.

28.2) Richiesta di Assistenza o Second Opinion

Per richiedere le prestazioni di Assistenza o per usufruire della prestazione di Second Opinion, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione o nome della Polizza;
- prestazione richiesta;
- indirizzo o recapito anche se temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

28.3) Denuncia di Sinistro di Tutela Legale

L'Assicurato deve immediatamente denunciare all'Assicuratore, per il tramite dell'Ufficio Tutela Legale, qualsiasi Sinistro nel momento in cui l'evento si è verificato o dal momento in cui ne abbia avuto conoscenza. In ogni caso, l'Assicurato deve comunicare all'Ufficio Tutela Legale ogni notizia di qualunque atto a lui notificato entro 3 giorni dalla data della notifica.

L'Assicurato che richiede l'attivazione delle garanzie di Tutela Legale è tenuto a:

fornire informazioni complete e veritiere in merito ai particolari del Sinistro, indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta dell'Assicuratore, metterli a disposizione;

conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

Articolo 29 - Gestione dei Sinistri

29.1) Controversie in caso di Sinistro Infortuni, Malattia o Assistenza

In caso di divergenza 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 potrà in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (inclusa 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.

29.2) Gestione del Sinistro di Tutela Legale

Ricevuta la Denuncia del Sinistro, l'Ufficio Tutela Legale si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. In caso negativo e qualora le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso sia necessaria la difesa dello stesso in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini di cui all'Articolo 21.2 - Libera scelta del legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento, sia civile che penale, a condizione che l'impugnazione presenti possibilità di successo. L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione dell'Ufficio Tutela Legale.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti viene concordata con l'Ufficio Tutela Legale. L'Assicuratore e l'Ufficio Tutela Legale non sono responsabili dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e l'Assicuratore (o l'Ufficio Tutela Legale) la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura

Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'Arbitrato. L'Assicuratore avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura. L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti disposizioni di Legge, i documenti necessari per la gestione del sinistro e ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

Articolo 30 - Pagamento dell'Indennizzo

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

Chubb. Insured.SM

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 Iv. - 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 L.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