

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: New Classic Gold - Copertura Infortuni e Assistenza

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

Che tipo di assicurazione è?

La presente assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento della propria attività lavorativa così come dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Pagamento al beneficiario o erede dell'Assicurato di una somma assicurata in caso di morte dell'Assicurato conseguente ad infortunio
- ✓ Pagamento di un'indennità in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente ad infortunio
- ✓ Pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo a quelli previsti in polizza, in caso di coma dell'Assicurato causato da infortunio per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni

Pagamento di un'indennità in caso di invalidità permanente dell'Assicurato conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione (opzionale)

Rimborso delle spese mediche derivanti da infortunio (opzionale)

Servizi di assistenza alla persona (opzionale): consulenza medica; ricerca e/o prenotazione di posti letto; informazioni sulla rete sanitaria nazionale pubblica e privata; segnalazione e/o prenotazione visita specialistica; segnalazione di medici convenzionati all'estero; informazioni farmaceutiche, turistiche, postali, legali; informazioni burocratiche e/o gestione documenti personali; invio di un medico d'urgenza in Italia e all'estero; invio di medicinali urgenti in Italia e all'estero; rientro sanitario; rimpatrio della salma fino ad un massimo di € 2.500; anticipo spese mediche all'estero fino ad un massimo di € 2.500; rientro anticipato; reperimento ed invio di un'ambulanza in Italia; invio di un medico specialista; interprete all'estero qualora fosse necessario in caso di ricovero; segreteria telefonica per comunicazioni urgenti; invio di un infermiere a domicilio; protezione carte di credito; anticipo denaro in caso di smarrimento o furto di carta di credito o assegni; invio bagaglio sostitutivo

L'Assicuratore risarcisce i danni fino agli importi massimi stabiliti in polizza (c.d. massimale). Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle garanzie si rimanda alle condizioni di assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da dolo dell'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio
- ✗ Invalidità permanente derivante da malattie preesistenti, o da malattie professionali, o da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni, o da trasmutazione del nucleo dell'atomo, o da eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale o da dolo dell'Assicurato
- ✗ Spese mediche sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! La somma assicurata per il caso di morte e invalidità permanente viene liquidata purché le stesse risultino conseguenti ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e queste si verifichino entro 730 giorni dall'evento
- ! La garanzia assicurativa per i casi di infortunio si intende prestata senza limiti di età; tuttavia, superati i 75 anni l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale, i cui dettagli sono specificati in polizza

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



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Denunciare per iscritto all'Assicuratore ogni eventuale sinistro entro 15 giorni dal verificarsi dell'infortunio, indicando il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e fornendo certificato medico e tutte le informazioni e la documentazione richiesta. Se l'infortunio comporta la morte dall'Assicurato, l'Assicuratore deve esserne informato entro 24 ore
- Sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, seguire le prescrizioni mediche e trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare le cure prescritte e la capacità di riprendere la propria abituale attività lavorativa
- Inviare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore in caso di qualunque variazione che modifichi il rischio assicurato



Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio tramite l'Intermediario a cui la polizza è assegnata, altrimenti direttamente all'Assicuratore tramite bonifico bancario.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza, le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dall'Assicuratore, recanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura termina con la scadenza del periodo di assicurazione.



Come posso disdire la polizza?

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

La polizza prevede inoltre il diritto di recesso di entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore) dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, da esercitarsi mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno con preavviso di 30 giorni. Relativamente ad ogni sinistro conseguente a malattia, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il contratto di assicurazione fosse stato stipulato da meno di 730 giorni. In ogni caso, le Parti (Contraente e Assicuratore) hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

Assicurazione Infortuni

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: New Classic Gold Copertura Infortuni

DIP Aggiuntivo realizzato in data: Ottobre 2019. 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 2018 è pari a £ 2.194.887.680 (€ 2.453.675.912) e comprende il capitale sociale pari a £ 786.119.879 (€ 878.807.343) e le riserve patrimoniali pari a £ 1.408.767.801 (€ 1.574.868.569). Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al 134%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a £ 1.637.382.926 (€ 1.830.438.560) e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a £ 2.193.459.412 (€ 2.452.079.244). Il requisito patrimoniale minimo è pari a £ 494.096.720 (€ 552.353.194). Gli importi in Euro riferiti alle poste di bilancio sopra riportate sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 31 Dicembre 2018 (GBP 1 = € 1,117905). 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 comprende tra gli infortuni assicurati:

- ✓ Infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato
- ✓ Asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni (esclusi gli infarti)
- ✓ Ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali. Nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata; nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% della somma assicurata; nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto in indennizzo fino ad un massimo del 2% della somma assicurata
- ✓ Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza del Contraente o dell'Assicurato
- ✓ Infortuni conseguenti ad avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere
- ✓ Infortuni derivanti da infezioni comprese quelle tetaniche
- ✓ Infortuni conseguenti a lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati

- condotti da piloti professionisti
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ Infortuni sofferti in conseguenza di malore od incoscienza
- ✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo. In nessun caso l'Impresa potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000 qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza
- ✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO operanti solo se espressamente richiamate nel Certificato di Assicurazione

Invalità Permanente da Malattia	Come indicato nel DIP Danni.
Rimborso Spese Mediche da Infortunio	Come indicato nel DIP Danni.
Assistenza alla Persona	Come indicato nel DIP Danni.



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale
- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- ✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione e arruolamento per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni durante voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a prestare copertura né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio la esponesse a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali. Chubb European Group SE è una società controllata da Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE controllata da Chubb Limited, 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 ad alcuni paesi e territori quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea

- ! È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa. La garanzia Rimborso spese mediche da infortunio è prestata con una franchigia fissa di € 50 per evento
- ! Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 24% della totale. Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso 1 anno dalla data di denuncia della malattia e comunque non oltre 18 mesi da tale data



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: <ul style="list-style-type: none">- In caso di sinistro, darne avviso all'Impresa secondo quanto previsto per le singole garanzie- 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 le prestazioni di assistenza, come riportate nelle condizioni di assicurazione, l'assicuratore si avvale della Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti,121 – 00156 Roma.
	Gestione da parte di altre imprese: La polizza non prevede la gestione dei sinistri da parte di altre imprese.
	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.
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	La polizza non prevede un termine entro il quale l'Impresa si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none">- Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge- Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio
Rimborso	<ul style="list-style-type: none">- La polizza non prevede casi di rimborso del premio, oltre al caso di recesso per sinistro come indicato nel DIP Danni



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<ul style="list-style-type: none">- In merito alla durata dell'assicurazione, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni- Non sono previsti periodi di carenza contrattuale
Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	La polizza non prevede il diritto del Contraente di recedere dal contratto entro un certo termine dalla stipula. La polizza prevede comunque il diritto di recesso in caso di sinistro, come indicato nel DIP Danni.
Risoluzione	La polizza non prevede casi in cui il Contraente può risolvere il contratto, oltre il diritto di recesso in caso di sinistro come indicato nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche maggiorenni e residenti in Italia.



Quali costi devo sostenere?

- costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari può variare in funzione del canale di distribuzione. Per questa tipologia di prodotti gli intermediari percepiscono una commissione media pari orientativamente al 22%

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	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia la polizza prevede l'impegno delle Parti a conferire mandato ad un collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, a norma delle Condizioni di Assicurazione. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

PER 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.

A close-up photograph of a person's arm being bandaged by a medical professional. The person is wearing a light green shirt, and the medical professional is wearing a light blue shirt. The bandage is a light-colored, textured fabric. The background is blurred, showing other people and a wooden surface.

Chubb Easy Solutions
New Classic Gold - Copertura Infortuni
Contratto di Assicurazione Infortuni e Assistenza

Condizioni di Assicurazione

CHUBB®

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Capitolo 1 - Definizioni

Nel testo che segue, si intendono:

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

Condizioni di Assicurazione: il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

Struttura Organizzativa: l'organizzazione di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti,121 – 00156 Roma Cod. Fisc. 03420940151 – P.IVA 04673941003 – costituita da risorse umane e da attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza. Composta dalla Centrale telefonica che riceve le chiamate degli Assicurati e attiva le assistenze e dalla Rete Esterna che effettua gli interventi sul posto;

Contraente: la persona fisica maggiorenne e residente in Italia alla quale è intestata la polizza di assicurazione e che paga il relativo premio.

Contratto di assicurazione: il contratto di assicurazione al quale ha aderito il Contraente.

Data di Effetto del Contratto: la data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

Franchigia: parte di danno che resta a carico dell'assicurato.

Indennità o Indennizzo: la somma dovuta dalla Società 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.

Istituto di cura (pubblico o privato): l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ISVAP): L'istituto per la vigilanza sulle assicurazioni istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135 che dal 1° gennaio 2013 è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell' ISVAP. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: la somma massima, stabilita in polizza, fino alla concorrenza della quale la Società si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

Ricorrenza annuale: ogni anniversario di polizza, calcolato in 12 (dodici) mesi dalla Data di Effetto del Contratto.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, restando inteso che il giorno di dimissioni dall'istituto di cura non è inteso come giorno di ricovero.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato.

Società: la Compagnia di Assicurazioni Chubb European Group SE

Capitolo 2 – Oggetto dell'Assicurazione

ART. 1) AMBITO DI OPERATIVITÀ

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato subisce nell'espletamento delle mansioni relative alla occupazione professionale dichiarata in polizza o nello svolgimento di ogni altra attività *che non abbia carattere professionale*. A titolo esemplificativo e non limitativo, la garanzia rischio in itinere viene compresa durante l'esercizio delle occupazioni professionali dichiarate in polizza; pertanto anche gli infortuni che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000 – art. 12, rientrano nell'ambito del rischio professionale.

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, *purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art.16*), anche:

- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;

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

- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nell'Art. 2) che segue.

Sono compresi inoltre gli infortuni subiti dall'Assicurato:

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

ART. 2) ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO

A specificazione di quanto disposto dall' Art. 1) di cui sopra, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 5% (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo fino ad un massimo del 2% (due per cento) della somma assicurata;

nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 31) delle Condizioni di Assicurazione Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

ART. 3) RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (*ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio*) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. *Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.* Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo. Resta espressamente convenuto che *in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000,00 (cinquemilioni) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.*

Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

ART. 4) RISCHIO GUERRA

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, *per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.*

ART. 5) MALORE

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

ART. 6) MOVIMENTI TELLURICI

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

ART. 7) ESPOSIZIONE AGLI ELEMENTI

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

ART. 8) MORTE DA INFORTUNIO

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, *purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.*

ART. 9) MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. *La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.* Resta inteso che, *se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.* A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 10) INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente *e questa si verifica entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto,* la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (*con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale*) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di invalidità permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'infortunio. *Tale garanzia è prestata con l'applicazione della franchigia indicata nell'allegato alla polizza denominato "Franchigia invalidità permanente da infortunio" ove presente.*

ART. 11) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA **(PRESTAZIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATO IN POLIZZA)**

La garanzia si intende prestata per il caso di Invalidità Permanente da malattia, conseguente a malattia insorta successivamente alla data di effetto dell'assicurazione e manifestatasi non oltre un anno dalla sua cessazione. Per malattia si intende ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Per Invalidità Permanente si intende la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. **Ai fini della operatività della garanzia è necessario presentare il questionario anamnestico compilato in ogni sua parte; in mancanza di ciò la copertura di cui al presente allegato non potrà essere prestata.**

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

- *intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni;*
- *trasmutazione del nucleo dell'atomo nonché da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- *eventi connessi a guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;*
- *dolo dell'Assicurato;*
- *malattie professionali di cui al D.P.R. del 30/06/1965 n.1124 e successive modifiche.*

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

In caso di malattia che abbia per conseguenza una Invalidità Permanente *di grado non inferiore al 25% (venticinque per cento)* la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali:

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

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

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata con riferimento alla Tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali, approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n.1124. La visita fiscale verrà effettuata contemporaneamente dal medico dell'Assicurato e dal medico della Società, i quali definiranno e concorderanno il grado di Invalidità Permanente. In caso di controversia vale quanto previsto dal successivo Art. 31).

ART. 12) RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

(valido solo se espressamente richiamato in polizza)

La Società rimborsa agli Assicurati, per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza, per ogni evento, dell'importo assicurato indicato in polizza. Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o all'ambulatorio;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di invalidità permanente. Qualora gli Assicurati fruiscano di altre analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsate. La garanzia è prestata con una franchigia fissa di € 50,00 (cinquanta) per evento, importo che rimane quindi a carico dell'Assicurato.

ART. 13) ASSISTENZA ALLA PERSONA (PRESTAZIONE VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATO IN POLIZZA)

Per la presente clausola si intendono "Assicurati" gli assicurati di cui alla presente polizza nonché i loro familiari purché conviventi. Gli stessi potranno accedere ai servizi tramite la linea verde 800 393 283 (dall'estero Tel 06 42115523 Fax 06 4818960). Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediatamente, gli Assicurati saranno richiamati entro le successive quattro ore lavorative.

1) Consulenza Medica

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

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

2) Ricerca e/o prenotazione di posti letto

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

3) Informazioni sulla rete sanitaria nazionale pubblica e privata

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

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

4) Segnalazione e/o prenotazione visita specialistica

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

5) Segnalazione di medici convenzionati all'estero

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

6) Informazioni farmaceutiche

La Struttura Organizzativa fornisce informazioni circa:

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

7) Informazioni turistiche

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

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

8) Informazioni postali

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

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

9) Informazioni legali

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

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

10) Informazioni burocratiche e/o gestione documenti personali

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

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

11) Invio di un medico d'urgenza in Italia

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

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

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire un medico, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne uno convenzionato. In caso di impossibilità di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Società organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante ambulanza. Tale prestazione è a carico della Società. *L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa, il motivo della sua richiesta e specificare la località in cui si trova, indirizzo ed il recapito telefonico. La prestazione sarà fornita massimo tre volte l'anno per Assicurato.*

13) Invio di medicinali urgenti in Italia

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

14) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

15) Rientro sanitario

In caso di infortunio e/o malattia improvvisa all'estero e qualora l'Assicurato necessiti, a giudizio dei medici della Società e dei medici curanti presso la struttura ospedaliera in cui Egli si trova ricoverato, di un trasferimento in una struttura ospedaliera in Italia, più idonea e specializzata alle cure del caso, la Società provvederà ad organizzare il trasporto sanitario con il mezzo più appropriato:

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

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

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica, se necessario con posto barellato;
- autoambulanza;
- treno in prima classe, eventualmente in vagone letto.

Il costo di tale prestazione è a totale carico della Società. Se ritenuto necessario dall'equipe medica della Struttura Organizzativa verrà fornita l'assistenza medica e/o infermieristica durante il rientro sanitario. Il trasporto, la sua organizzazione e l'eventuale costo del

personale sanitario necessario durante il rientro, sarà a carico della Società. *La Società ha facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'Assicurato. Non danno luogo a prestazione le infermità o le lesioni che a giudizio dell'equipe medica della Struttura Organizzativa, possano essere curate in loco o che non pregiudichino la prosecuzione del viaggio. La prestazione non verrà altresì fornita in quei casi in cui si contravvenga a norme sanitarie nazionali o internazionali.*

16) Rimpatrio della salma

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

17) Anticipo spese mediche all'estero

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

18) Rientro anticipato

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

19) Reperimento ed invio di un'ambulanza in Italia

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

20) Invio di un medico specialista

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

21) Interprete all'estero

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

22) Segreteria telefonica per comunicazioni urgenti

In caso di sinistro, infortunio o malattia occorsi all'Assicurato la Struttura Organizzativa mette a disposizione il proprio centralino per trasmettere eventuali messaggi urgenti a persone che l'Assicurato non riesce a contattare.

23) Invio di un infermiere a domicilio

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

24) Protezione carte di credito

Su richiesta e previa comunicazione di tutte le informazioni necessarie, la Società provvederà immediatamente a comunicare con la Credit Club o banca dell'Assicurato per bloccare carta di credito o assegno bancario.

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

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

26) Invio bagaglio sostitutivo

Qualora l'Assicurato, durante un viaggio all'estero, smarrisca o subisca il furto del suo bagaglio, potrà chiamare la Struttura Organizzativa indicando la persona da contattare; la Società provvederà poi a ritirare un nuovo bagaglio, presso la persona contattata, ed a inviarlo nel luogo comunicato. In caso di spedizione via aerea, il bagaglio sarà a disposizione presso il più vicino aeroporto internazionale ed *il peso del bagaglio non potrà essere superiore a 20 kg (venti).*

Capitolo 4 – Estensioni di copertura

ART. 14) RECOVERY HOPE

La Società riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

1. L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope é pari all'indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni di seguito definite.
2. Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) *se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 (centottanta) giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 (centottanta) giorni continuativi e ininterrotti. In entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 (centottanta) giorni di coma, e (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell'Art.26) (Prova), su tale stato.*
3. *La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti dal presente articolo, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.*
4. *A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo al verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.*
5. Nell'ipotesi in cui entro 730 (settecentotrenta) giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente o, a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente) effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, *sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila).* Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta ai sensi dell'Art.26) (Prova) su tale stato.

ART. 15) INFORTUNI CAGIONATI DA COLPA GRAVE

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

Capitolo 5 – Delimitazioni ed Esclusioni di carattere generale

ART. 16) ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- *da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 4) (rischio guerra);*
- *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.);*

- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

ART. 17) PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE D'ETÀ

Infortuni: La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si da atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione. La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età. A decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno, tuttavia, l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale a condizioni da concordarsi, solo previa presentazione, 30 (trenta) giorni prima della scadenza, di certificato medico attestante buona salute e successiva approvazione da parte della Società, formulata a suo insindacabile giudizio, mediante emissione di apposita appendice di rinnovo. Resta ferma tuttavia la facoltà dell'Assicurato che abbia compiuto 75 (settantacinque) anni di età, di procedere al rinnovo tacito dell'assicurazione, anche senza presentazione del certificato medico attestante buona salute, attraverso il pagamento del medesimo premio corrisposto nell'anno precedente. In tal caso le prestazioni si intenderanno ridotte, a parità di premio, nella misura del 50% (cinquanta per cento) e di un ulteriore 50% (cinquanta per cento), a partire dal compimento dell' 80° (ottantesimo) anno, calcolato su quanto riconosciuto nel periodo precedente, nel limite massimo comunque non superabile di € 200.000,00 (duecentomila).

Malattia: L'assicurazione non vale:

- per le persone di età superiore ai sessantacinque anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età,
- per le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza, l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

ART. 18) LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Esclusioni OFAC (Sanction Limitation Exclusion Clause) La Società non sarà tenuta a prestare copertura né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali. Chubb European Group SE è una società controllata da Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE controllata da Chubb Limited, 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 ad alcuni paesi e territori quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

ART. 19) CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. *Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.*

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

ART. 20) CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

- *Limite catastrofale: Fermo i limiti stabiliti per gli infortuni aeronautici, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 25.000.000 (venticinque milioni). Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.*
- *Invalidità Permanente da malattia: La garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con quella di Invalidità Permanente da infortunio.*

Capitolo 6 – Premio di assicurazione

ART. 21) PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla polizza medesima. La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo. L'assicurazione decorre dalle ore ventiquattro del giorno indicato nella polizza, se in quel momento il premio e le addizionali sono pagati; in caso diverso decorre dalle ore ventiquattro del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di trenta giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore ventiquattro del giorno di pagamento del premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite. Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.

Capitolo 7 – Effetto e durata del contratto

ART. 22) RINNOVO DEL CONTRATTO

In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per 365 (trecentosessantacinque) giorni e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

ART. 23) RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio, denunciato ai termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte della Società. Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo trenta giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte del Contraente. In tutti i casi entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti, non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso. Relativamente ad ogni sinistro conseguente a malattia, la Società potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il contratto assicurativo fosse stato stipulato da meno di 730 (settecentotrenta) giorni. In ogni caso, ferme le limitazioni di cui sopra, le parti hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

ART. 24) DEROGA TACITO RINNOVO

(valido solo se espressamente richiamo in polizza)

A deroga di quanto disposto dall'Art. 22) delle Condizioni di Assicurazione, resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Capitolo 8 – Denuncia di sinistro

ART. 25) DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E/O DELLA MALATTIA – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di ogni infortunio e/o malattia, deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società:

- *Infortuni:* L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro *entro quindici giorni* dall'infortunio stesso o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di inabilità temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.
- *Malattia:* L'Assicurato deve denunciare alla Società qualsiasi malattia che, secondo parere medico, possa provocare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza; la denuncia deve essere effettuata *entro trenta giorni* dal rilascio del relativo certificato e comunque non oltre un anno dalla cessazione del contratto.
- *Recovery Hope:* La comunicazione di cui al punto 2) dell'Art.21) (Recovery Hope) dovrà essere redatta alla Società, a pena di decadenza, *entro dieci giorni*, dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e, se sarà stata fornita alla Società la documentazione richiesta da questa ai sensi dell' Art.26) (Prova), su tale stato. La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti all'Art.14) (Recovery Hope).

ART. 26) PROVA

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

Capitolo 9 – Norme comuni

ART. 27) DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

ART. 28) FORMA DELLE COMUNICAZIONI – VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

ART 29) CLAUSOLA BROKER (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATO IN POLIZZA)

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente contratto allo Spett.le BROKER il cui nominativo è indicato in prima facciata di polizza, di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente assicurazione saranno effettuati tempestivamente per conto del Contraente dallo stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni alla Società fatte dal broker e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime. Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta alla polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dal presente contratto.

ART. 30) VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

ART. 31) CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), *le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge.* La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 32) RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 33) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

ART. 34) FORO COMPETENTE

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente polizza, il Foro competente sarà quello dell'Assicurato.

ART. 35) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

ART. 36) ALTRE ASSICURAZIONI

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

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento - trattiamo i dati personali da Lei forniti o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro. I dati che potranno essere da noi trattati sono dati personali identificativi e di recapito, quali ad esempio nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati così come, previo Suo consenso, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti al Suo stato di salute (di seguito tutti insieme i "Dati") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni Sua specifica richiesta. Inoltre nel caso Le venga richiesto il suo specifico consenso espresso, i dati potranno essere utilizzati per contattarla con strumenti tradizionali (per posta e tramite telefono e con l'ausilio di un operatore) ed automatizzati (per posta elettronica, sms, mms, fax e social media) per inviarle offerte sui nostri prodotti. Resta inteso che in ogni momento Lei potrà revocare tale consenso o limitarlo anche ad uno solo dei suddetti canali di comunicazione. Precisiamo che tale ultima finalità verrà perseguita solo nel caso sia richiesto ed ottenuto il Suo consenso a tale trattamento. Per lo svolgimento delle sole finalità amministrative e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite. I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte. Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali. L'Informativa completa sul trattamento dei suoi Dati da parte di Chubb, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link <https://www2.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.aspx>. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com

Contatti

Chubb European Group SE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Fabio Filzi n. 29 – 20124 - Milano

Telefono: 02 270951
Fax: 02 27905333
Mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it

Chubb. Insured.SM

GLOSSARIO

Vengono di seguito riportati, ai fini di una migliore comprensione delle informazioni contenute nel Set Informativo, i principali termini utilizzati in ambito assicurativo. Si avverte che ai fini della corretta interpretazione delle Condizioni di Assicurazione, valgono unicamente le definizioni inserite nelle condizioni stesse.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, nonché il titolare del diritto all'indennizzo prestato dall'assicuratore.

Assicuratore/Impresa/Compagnia: Chubb European Group SE.

Assicurazione: il contratto con cui un soggetto trasferisce ad un altro soggetto un rischio al quale è esposto.

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 o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a un infortunio.

Assicurazione malattia: l'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a una malattia.

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 stesso nei confronti di un terzo.

Assicurazione vita: comprende tutti quei contratti di assicurazione che prevedono l'obbligo dell'assicuratore di versare al beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'assicurato (morte o sopravvivenza ad una certa data).

Beneficiario: la persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore, qualora si verifichi l'evento assicurato.

Carenza: il periodo che può intercorrere tra il momento della stipula di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia prestata dall'assicuratore diviene efficace.

Certificato di assicurazione: il documento, che può essere rilasciato dall'assicuratore, attestante la stipula del contratto di assicurazione.

Condizioni di assicurazione: le condizioni contrattuali standard previste da un contratto di assicurazione. Tali condizioni possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti, e che si obbliga a pagare il relativo premio.

Danno: il pregiudizio subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

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

Diaria da ricovero: garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.

Disdetta: la comunicazione che il contraente o l'assicuratore invia all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di terminare il contratto.

Franchigia: la parte di danno, espressa in cifra fissa, che l'assicurato tiene a suo carico e per il quale l'assicuratore non riconosce l'indennizzo.

Franchigia assoluta: la franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

Franchigia relativa: la franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia, l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

Indennizzo/Indennità/Risarcimento: la somma dovuta dall'assicuratore all'assicurato (o, in casi particolari, al beneficiario) in caso di sinistro, determinata applicando le eventuali franchigie, scoperti e sottolimiti previsti dal contratto.

Intermediario: l'intermediario assicurativo, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al contratto di assicurazione.

Inabilità temporanea: è l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.

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

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di sorveglianza nei confronti delle imprese di assicurazioni, anche straniere, operanti in Italia.

Liquidazione: il pagamento dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore in caso di sinistro coperto dall'assicurazione.

Massimale/Limite/Somma assicurata: La somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno per ogni sinistro. Quando invece è specificato nelle Condizioni di Assicurazione che il massimale è prestato per un periodo di assicurazione, esso rappresenta l'obbligazione massima a cui l'assicuratore è tenuto per tutti i sinistri relativi a tale periodo.

Periodo assicurativo/di assicurazione: il periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa, a condizione che sia stato pagato il premio.

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

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione stipulato dal contraente, contenente tutte le condizioni contrattuali applicabili.

Polizza collettiva: è il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Premio: la somma di denaro dovuta dal contraente a titolo di corrispettivo per la prestazione assicurativa.

Questionario anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'assicuratore può chiedere al contraente di compilare prima della stipula di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. 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 stabilirne le condizioni di assicurabilità.

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.

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

Scoperto: la parte di danno, espressa in percentuale, che l'assicurato tiene a suo carico e per il quale l'assicuratore non riconosce l'indennizzo.

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), che vengono consegnati al contraente prima della sottoscrizione del contratto di assicurazione.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sottolimito: la somma massima, espressa in percentuale o in cifra assoluta, che rappresenta il massimo esborso dell'assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui è previsto.