

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 Interventi

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 polizza garantisce un'indennità forfettaria calcolata in base ai giorni di degenza in caso di ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura presso cui egli debba essere sottoposto ad un intervento chirurgico resosi necessario a seguito di infortunio o malattia.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il pagamento all'Assicurato di un'indennità forfettaria stabilita in base ai giorni di degenza in caso di intervento chirurgico necessario a causa di infortunio o malattia

L'Assicuratore risarcisce i danni fino agli importi massimi stabiliti in polizza (c.d. massimali), indicati nella proposta formulata dall'Assicuratore.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da dolo dell'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi o pericolosi
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare inerenti alle tipologie di sport estremi o pericolosi
- ✗ Infortuni derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni, da stato di intossicazione acuta alcolica
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non conseguenti ad infortunio o malattia
- ✗ Ricoveri per cure o interventi finalizzati all'eliminazione o correzione di difetti fisici o derivanti da misure di carattere assistenziale o ricoveri in stabilimenti termali o case di riposo
- ✗ Ricoveri per analisi di routine o ricoveri correlati a gravidanza, parto o aborto volontario non terapeutico, cure dentarie o fisioterapiche
- ✗ Prestazioni di Pronto Soccorso non seguite da ricovero

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?

- ! Possono essere assicurate persone di età compresa tra i 15 e i 65 anni; l'assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del sessantacinquesimo anno di età
- ! In caso di degenza inferiore ai 3 giorni l'Assicuratore non riconosce alcun indennizzo

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 ricovero che ha determinato l'intervento chirurgico
- Inviare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore in caso di qualunque variazione che modifichi il rischio assicurato
- Per la liquidazione dell'indennità presentare la cartella clinica in originale o conforme all'originale



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 Interventi Chirurgici

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: New Classic Gold Copertura Interventi

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:

- ✓ Asfissia meccanica (quali ad esempio l'annegamento)
- ✓ 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, 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 derivanti da movimenti tellurici
- ✓ 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
- ✓ 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 viaggiava 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 ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non esclusi



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale
- ✗ Infortuni e malattie subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni e malattie subiti durante lo svolgimento di attività professionali che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco
- ✗ 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; atti temerari
- ✗ Infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e 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 stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo
- ✗ Cure dentarie, cure fisioterapiche, cure del sonno, anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate
- ✗ Eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa
- ! In caso di ricovero che comporti un intervento chirurgico con degenza inferiore ai 3 giorni, l'Impresa non riconosce alcun indennizzo
- ! L'assicurazione non vale per le persone di età superiore ai 65 anni, mentre per quelle assicurate cessa automaticamente alla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

- 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: La polizza non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.

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 - Per i sinistri conseguenti a malattia viene previsto un periodo di carenza di 90 giorni a partire dalla data di effetto del contratto indicata in polizza
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. Si ricorda comunque che l'Impresa può agire giudizialmente e dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto in caso di mancato pagamento del premio da parte del Contraente.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche che abbiano un'età compresa tra i 15 e i 65 anni compiuti al momento della stipula della polizza.



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:

	<p>https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.</p> <p>In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en.</p>
--	---

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.



Chubb Easy Solutions
New Classic Gold – Copertura Interventi
Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia

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.

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

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

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.

Giorno di degenza: 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 degenza.

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

La presente polizza garantisce indennità forfetarie calcolate in base al numero di giorni di degenza in caso di ricovero dell'Assicurato presso un istituto di cura durante il quale si renda necessario un intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia. L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni di cui all'Art. 4 per rischi derivanti da l'attività professionale dell'assicurato dichiarata in polizza e 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.

ART. 2) PERSONE ASSICURATE

Il Contraente può assicurare se stesso e/o altra persona assicurabile nei termini della presente polizza.

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

ART. 3) RICOVERO DA INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di ricovero dell'Assicurato presso istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che richieda intervento chirurgico, la Società garantisce il pagamento dell'indennità forfetaria stabilita in base ai giorni di degenza, indicata in polizza. La liquidazione dell'Indennità dovuta viene effettuata a degenza ultimata.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Capitolo 4 – Estensioni di copertura

ART. 4) ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono **compresi** tra gli infortuni:

- 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.

Inoltre, l'assicurazione è estesa anche a:

- 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;
- infortuni derivanti da movimenti tellurici;
- 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;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggiava 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 ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie menzionate nel Capitolo 4 "Delimitazioni ed Esclusioni"

Capitolo 5 – Delimitazioni ed Esclusioni di carattere generale

ART. 5) ESCLUSIONI

Resta inteso che la copertura assicurativa non è operativa qualora il ricovero ospedaliero non comporti per l'Assicurato l'intervento chirurgico. In tal caso la Società non riconosce/liquida alcun indennizzo all'Assicurato.

Sono **esclusi** dalla presente assicurazione gli infortuni e, laddove previsto dalle condizioni di assicurazione, le malattie:

- derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 4 - "Estensioni di copertura";
- subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- subiti durante lo svolgimento di attività professionali che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- 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.);
- 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;
- derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);

- derivanti dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial, free climbing, canoa fluviale, rafting, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, rafting e canyoning.
- derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
- derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- 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:

- 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;
- i ricoveri, quando siano resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale;
- i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, di riposo, di convalescenza o in istituti di cura che non rispondano alle caratteristiche di cui alla definizione di istituto di cura;
- i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da sinistro indennizzabile;
- i ricoveri correlati a: gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
- le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche non resi necessari da infortunio o malattia;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- il pronto soccorso non seguito da ricovero.

ART. 6) PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITE D'ETÀ

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell'attivazione della copertura assicurativa, abbiano un'età compresa tra i 15 (quindici) e i 65 (sessantacinque) anni compiuti. La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo, 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. 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.

ART. 7) PERIODO DI CARENZA E PATOLOGIE PREESISTENTI

Per i sinistri conseguenti a malattia viene previsto un periodo di carenza di 90 (novanta) giorni a partire dalla Data di Effetto del Contratto indicata in polizza. Premesso che il giudizio di preesistenza si basa su principi medico-scientifici, si specifica comunque che per "condizioni patologiche preesistenti", si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato, prima della Data di Inizio della Copertura:

- sia stato visitato e/o curato da un medico;
- abbia usufruito di servizi o attrezzature cliniche o simili;
- abbia ottenuto una prescrizione medica o farmacologica.

ART. 8) PERIODO DI FRANCHIGIA

Resta inteso che in caso di ricovero che comporti un intervento chirurgico con degenza inferiore ai 3 giorni, la Società non riconosce alcun indennizzo.

ART. 9) 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. 10) 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.*

Capitolo 6 – Premio di assicurazione

ART. 11) 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. 12) RINNOVO DEL CONTRATTO

Resta convenuto che la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

ART. 13) 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.

Capitolo 8 – Denuncia di sinistro

ART. 14) DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia di ogni sinistro 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 dall'Assicurato/Contraente e riconosciuto dalla Società, entro quindici giorni dal

ricovero con intervento chirurgico (da infortunio o malattia) o dal momento in cui l'Assicurato/Contraente, o suoi 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. L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003. Per la liquidazione dell'indennità, l'Assicurato deve presentare la cartella clinica in originale o conforme all'originale.

ART. 15) 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. 16) 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. 17) 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. 18) 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. 19) 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. 20) 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 delle 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. 21) 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. 22) ONERI FISCALI

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

ART. 23) FORO COMPETENTE

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

ART. 24) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 25) 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.