

CHUBB®



PROGRAMMA IMPREVISTI SALUTE PLUS

Guida alla Consultazione

INFORMAZIONI PRINCIPALI

Programma Imprevisti Salute Plus

- INFORMAZIONI PRINCIPALI pag. 4
 - Quali vantaggi
 - Cosa offre
 - Come accedere ai servizi

- AMEX AGENZIA ASSICURATIVA pag. 5
 - Chi è Amex Agenzia Assicurativa
 - Informazioni sul trattamento dei dati personali

- COLLOCAMENTO A DISTANZA pag. 6

FASCICOLO INFORMATIVO

- NOTA INFORMATIVA pag. 8
- GLOSSARIO pag. 12
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE pag. 15
 - Capitolo 1: DEFINIZIONI
 - Capitolo 2: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
 - Capitolo 3: PRESTAZIONI ASSICURATE
 - Capitolo 4: DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI
 - Capitolo 5: PREMIO DI ASSICURAZIONE
 - Capitolo 6: EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO
 - Capitolo 7: DENUNCIA DI SINISTRO
 - Capitolo 8: NORME COMUNI

Informazioni Principali

PROGRAMMA IMPREVISTI SALUTE

QUALI VANTAGGI

Il Programma Imprevisti Salute Plus le consente di ottenere una copertura assicurativa completa di infortunio o malattia.

Può infatti beneficiare di indennizzi a seguito di ricovero per infortunio, o di frattura e di servizi di assistenza grazie alla Centrale Operativa attiva 24 ore su 24.

La polizza è cumulativa con qualsiasi altra assicurazione in suo possesso ed il pagamento del premio, mediante addebito su carta American Express, sarà automatico.

COSA FARE PER ATTIVARE LE GARANZIE

Il Programma Imprevisti Salute Plus è già attivo e tutte le prestazioni e i servizi sono garantiti da Chubb European Group Limited, a partire dal giorno successivo a quello di adesione telefonica.

COSA OFFRE

Il Programma Imprevisti Salute Plus prevede le seguenti garanzie in caso infortunio o malattia:

- Indennizzo garantito di 200 Euro, per ogni giorno di ricovero a seguito di infortunio o malattia;
- Indennità giornaliera post-ricovero di 50 Euro, anche in assenza di convalescenza, per gli stessi giorni del ricovero;
- Indennizzo forfaitario a seguito di frattura di 1.500 Euro, anche in assenza di ricovero;
- Assistenza medica in caso di urgenza (inclusi l'invio di un medico o di un'ambulanza), consegna medicinali a domicilio, invio baby sitter, invio dog sitter, invio collaboratrice domestica, consegna della spesa a domicilio.

COME ACCEDERE AI SERVIZI

È semplice e pratico: in caso di necessità, sarà sufficiente contattare il Servizio Clienti di Chubb European Group, al numero verde unico e gratuito (dall'Italia):

- Ricevere informazioni sulle garanzie prestate
- Comunicare variazioni anagrafiche
- Denunciare sinistri
- Dare disdetta al contratto

Servizio Clienti Chubb
Lunedì-Venerdì 9:00-18:00 - Sabato 9:00-12:00

800 278 611

Dall'estero:
Tel. +39 06 4211 5564 - Fax +39 06 4818 960

- Richiedere prestazioni di assistenza

Centrale Operativa 24 ore su 24

800 278 611

Dall'estero:
Tel. +39 06 4211 5564 - Fax +39 06 4818 960

CHI È AMEX AGENZIA ASSICURATIVA

È una società del gruppo American Express che propone polizze assicurative appositamente studiate per i clienti American Express.

Regolarmente iscritto nel registro unico italiano degli intermediari di assicurazione e riassicurazione, **svolge un'attività di intermediazione assicurativa per conto delle Compagnie di assicurazione partner**, dedicando un costante impegno nel fornire un servizio completo e trasparente.

DATI SOCIETARI

AMEX AGENZIA ASSICURATIVA S.r.l., Sede legale, operativa e Filiale presso Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15 00148 Roma. Iscritta al RUI n. A000162575, Sezione A.

I dati identificativi e di iscrizione dell'intermediario, sopra forniti, possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) sul sito: www.ivass.it.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13, D. Lgs. 30 Giugno 2003, n.196 e successive modifiche - "Codice in materia di protezione dei dati personali" desideriamo informarla che:

1. Amex Agenzia Assicurativa Srl è una Società del gruppo American Express che effettua intermediazione assicurativa per conto delle compagnie assicurative Partner anche nei confronti di contraenti che siano dei Titolari di Carta American Express nel rispetto della vigente normativa.
2. In caso di adesione alle offerte proposte da Amex Agenzia Assicurativa Srl, i dati personali raccolti verranno comunicati alla Compagnia di Assicurazione per consentire l'attivazione della relativa polizza e l'emissione del contratto. La Compagnia di Assicurazione rivestirà comunque la qualifica di Titolare autonomo del trattamento dei dati personali stessi ai sensi di legge, provvedendo a tutte le informative ed adempimenti previsti per legge. Rispetto a tali dati Amex Agenzia Assicurativa Srl opererà quale responsabile per il trattamento dei dati personali, incaricato dalla compagnia.
3. La raccolta e la comunicazione dei dati ha natura obbligatoria per permettere alla Compagnia di Assicurazione di assolvere agli obblighi contrattuali, pertanto non sarà possibile procedere all'attivazione della polizza in caso di mancato consenso al trattamento dei dati stessi.
4. La Compagnia di Assicurazione, ricevuti i dati da Amex Agenzia Assicurativa Srl, comunicherà ad American Express Service Europe Limited l'ordine per il pagamento dei premi assicurativi relativi alla polizza. American Express Service Europe Limited ed Amex Agenzia Assicurativa Srl, domiciliate per l'oggetto in Roma, Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15, sono quindi Titolari dei rispettivi trattamenti come anzi descritti, relativi agli ordini di pagamento. Il responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile dell'Ufficio Compliance di American Express Service Europe Limited, domiciliato, per la carica, come sopra.
5. Il Cliente potrà sempre esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30 Giugno 2003, n.196, fra cui; chiedere quali sono i suoi dati personali trattati da Amex Agenzia Assicurativa Srl, chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima dei dati che lo riguardano, nonché opporsi al trattamento dei dati che lo riguardano.

VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA

Nel rispetto della vigente normativa in materia di intermediazione assicurativa (Regolamento IVASS n° 5/2006 e successive modifiche) Amex Agenzia Assicurativa S.r.l. ha adempiuto l'obbligo di raccogliere informazioni per valutare l'adeguatezza del prodotto proposto, tramite registrazione telefonica autorizzata dal cliente.

Collocamento a Distanza

ADESIONE

L'adesione del Contraente al contratto di assicurazione può essere stata raccolta dall'Impresa di Assicurazione direttamente, ovvero per il tramite di operatori telefonici da essa, direttamente o indirettamente incaricati, i quali agiscono comunque sotto il pieno controllo e la responsabilità di Chubb European Group Limited o per il tramite dell'Intermediario abilitato.

Resta inteso che il Contraente ha il diritto di essere messo in contatto con un responsabile del coordinamento e del controllo delle attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza, direttamente o indirettamente incaricato dall'Impresa di Assicurazione.

MODALITÀ DI RICEZIONE E TRASMISSIONE DEI DOCUMENTI

L'intermediario informa il Contraente relativamente al suo diritto di scegliere e modificare in qualsiasi momento, con eventuali oneri connessi alla stampa, la modalità di ricezione e trasmissione dei documenti pre-contrattuali e contrattuali, purché su supporto durevole e fermo il suo diritto a richiedere che tali documenti siano trasmessi su supporto cartaceo.

RICHIESTA DI RESTITUZIONE DELLA COPIA FIRMATA

In ottemperanza a quanto previsto dal Reg. IVASS n. 34/2010, l'Intermediario fornisce informazione relativa alla circostanza per la quale è richiesta al Contraente la sottoscrizione e la ritrasmissione – su supporto durevole – di una copia firmata del Certificato Personale di Assicurazione all'Impresa di Assicurazione, fermo restando che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità del Contratto, che si intende comunque stipulato secondo i tempi e le modalità descritte nel Capitolo 6 - Effetto e Durata del Contratto delle Condizioni di Assicurazione, più avanti riportate.

FASCICOLO INFORMATIVO

Redatto ai sensi del Regolamento IVASS n° 35/2010

Programma

IMPREVISTI SALUTE PLUS

Contratto di assicurazione INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

Modello CGA SAL003_0218
Convenzione n° ITDANY03563115
Ultimo aggiornamento: 02/2018

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota informativa**
- Glossario**
- Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto, o dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

La Società Chubb European Group Limited con sede legale a Londra (Gran Bretagna) EC3A 3BP, 100 Leadenhall Street e appartenente al gruppo Chubb Limited, è autorizzata e soggetta alla vigilanza del Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA UK (l'Autorità di Vigilanza dei servizi assicurativi in Gran Bretagna). La presente polizza è conclusa con la Rappresentanza Generale per l'Italia – con sede legale in Milano, Via Fabio Filzi n. 29 – 20124, sito internet <https://www.chubb.com/it>, tel. 02 270951, fax 02 27095333, indirizzo email info.italy@chubb.com.

L'attività di Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS che l'ha autorizzata all'esercizio delle assicurazioni in regime di stabilimento, con numero di iscrizione all'albo delle imprese di assicurazione n. I.00043. I sistemi normativi vigenti in altri paesi in cui opera Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quelli esistenti nel Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa*

Il patrimonio netto di ACE European Group Ltd. al 31 dicembre 2016 è pari a £ 1.397,461 milioni (€ 1.632,205 milioni) e comprende il capitale sociale pari a £ 544,741 milioni (€ 636,246 milioni) e le riserve patrimoniali pari a £ 852,720 milioni (€ 995,959 milioni); Gli importi in Euro sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 30 Dicembre 2016 (GBP 1 = € 1,167979). L'indice di solvibilità dell'impresa, inteso come il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 3,66.

* A maggio 2017 ACE European Group Limited ha cambiato la propria denominazione sociale in Chubb European Group Limited. Si riportano pertanto i dati patrimoniali (riferiti all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2016) di ACE European Group Ltd. I dati patrimoniali di Chubb European Group Limited saranno disponibili a seguito di approvazione del bilancio al 31 dicembre 2017. Al fine di garantire il corretto aggiornamento delle informazioni finanziarie della Società si precisa che tali dati sono pubblicati sul sito : <http://investors.chubb.com/investor-relations/financials/annual-reports/default.aspx>.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione è emesso con durata a tempo indeterminato e non prevede il tacito rinnovo, né alcuna durata minima.

"Avvertenza"

Il contratto può essere disdetto:

- dal contraente in qualsiasi momento, restando inteso che il contratto di assicurazione rimarrà attivo per il periodo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione; la richiesta di disdetta può essere effettuata a mezzo raccomandata A/R o rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde dedicato, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di disdetta della polizza;
- dalla Società almeno 30 (trenta) giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla Data di Effetto del Contratto a mezzo raccomandata A/R.

I dettagli delle procedure per la disdetta del contratto sono indicati negli articoli di riferimento del Capitolo 6 – Effetto e Durata del Contratto delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - limitazioni ed esclusioni

Le garanzie assicurate dalla presente polizza, sono esclusivamente quelle elencate e descritte nel Capitolo 3 – Prestazioni assicurate delle Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

Sono previste delle esclusioni e delimitazioni delle coperture assicurative ovvero delle condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo come indicato negli articoli del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, la Società può eventualmente applicare franchigie, scoperti (limitazioni della prestazione assicurata che fanno gravare parte del danno sull'Assicurato) e massimali (importo massimo liquidabile dalla Società a titolo di risarcimento del danno). Tutte le informazioni di dettaglio su tali limitazioni - ove previste - sono contenute negli articoli di riferimento del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

Il contratto di Assicurazione prevede un limite massimo di età assicurabile. Tutte le informazioni di dettaglio su tale limitazione - ove prevista - sono contenute nell'articolo di riferimento del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

4. Periodi di carenza contrattuali

“Avvertenza”

Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, l'Impresa di Assicurazione può eventualmente applicare un periodo di carenza contrattuale (periodo di tempo limitato in cui le prestazioni assicurate non sono operativa). Tutte le informazioni di dettaglio su tali limitazioni - ove previste - sono contenute nell'articolo di riferimento del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

“Avvertenza”

Eventuali dichiarazioni false o reticenti rese dal Contraente, possono comportare effetti sulle prestazioni assicurate. La Società non raccoglie dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio, ma nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte di cui al Regolamento IVASS n° 5/2006, la Società o – ove presente – l'Intermediario - informa il Contraente relativamente alle principali caratteristiche ed esclusioni della copertura assicurativa in oggetto.

“Avvertenza”

Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che non sono previste delle cause di nullità del Contratto di Assicurazione (ad esempio: cessazione del rischio, inesistenza del rischio). Resta inteso che sono previste delle cause di annullamento o sospensione del Contratto (come ad esempio il mancato pagamento del premio) come previsto della normativa vigente. Tutte le informazioni in merito a condizioni che possono determinare l'annullamento o la sospensione del contratto sono indicate negli articoli del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni di professione

La Società non richiede al Contraente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio: variazioni della professione. Resta precisato che se nel corso del contratto, dovessero verificarsi condizioni come ad esempio, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate, l'assicurazione stessa cessa,

indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. Tutte le informazioni in merito a cause di aggravamento del rischio sono indicate negli articoli del Capitolo 4 - Delimitazioni ed Esclusioni delle Condizioni di Assicurazione.

7. Premi

Il premio può essere pagato dall'Impresa con frequenza mensile, trimestrale, semestrale o annuale, senza oneri aggiuntivi, tramite addebito automatico su carta di credito American Express intestata al Contraente oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario comunque intestato al Contraente (SDD o Sepa Direct Debit). Nel caso in cui la modalità di pagamento adottata inizialmente venga meno, vige l'obbligo per il Contraente di comunicare alla Società la nuova modalità di versamento del premio, purché diversa dal denaro contante. L'eventuale attivazione dell'addebito diretto su un conto corrente bancario potrà avvenire in ogni momento mediante l'approvazione del relativo Mandato da parte del Contraente nel rispetto delle procedure previste per l'utilizzo di questo strumento di pagamento. Il mancato pagamento del premio determina l'applicazione dell'Art. 1901 del Codice Civile, mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile. Tutte le informazioni relative all'importo corrispondente al premio di assicurazione, così come le procedure per il pagamento, sono riportate negli articoli del Capitolo 5 - Premio di Assicurazione delle Condizioni di Assicurazione.

"Avvertenza"

La Società può applicare sconti di Premio nell'ambito di specifiche attività promozionali.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio non sono soggette ad adeguamento automatico. Le procedure per la modifica o la rivalutazione del premio e delle somme assicurate, ove previste, sono riportate negli articoli del capitolo 3 - Prestazioni Assicurate e negli articoli del Capitolo 5 - Premio di Assicurazione.

9. Diritto di revoca e diritto di recesso

Il Contraente ha facoltà di revocare la copertura assicurativa in qualsiasi momento tra la Data di Inizio della Copertura e la Data di Effetto del Contratto.

"Avvertenza"

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro il limite di 14 (quattordici) giorni successivi alla Data di Effetto del Contratto come indicato nell'articolo di riferimento del Capitolo 6 - Effetto e Durata del Contratto delle Condizioni di Assicurazione; comunicando la sua volontà a mezzo lettera raccomandata inviata a inviata a Chubb European Group LTD, Rappresentanza Generale per l'Italia – via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano o rivolgendosi al numero verde dedicato e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di annullamento. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Inizio della Copertura e la Società rimborserà al Contraente l'eventuale premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei premi.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

12. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello vigente nello Stato italiano.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

In caso di sinistro, l’Assicurato deve inoltrare la denuncia alla Società secondo le modalità indicate negli articoli di riferimento del Capitolo 7 - Denuncia di Sinistro delle Condizioni di Assicurazione, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

“Avvertenza”

Per le prestazioni di assistenza, se previste dal contratto, l’Impresa di Assicurazione si avvale della Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l’Italia, quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge. Per la gestione delle garanzie di tutela legale, se previste dal contratto, l’Impresa di Assicurazione si avvale di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l’Italia, per il tramite di apposita struttura dedicata alla gestione dei sinistri di tutela legale, in conformità alle norme di legge.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, alla Società, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group - Ufficio Reclami - via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano - Fax 02.27095.430 - e-mail: ufficio.reclami@chubb.com. Qualora l’esponente non si ritenga soddisfatto dall’esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso da parte della Società, potrà rivolgersi all’IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l’esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Società. 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 ai sistemi conciliativi ove esistenti. I reclami potranno essere indirizzati anche al Financial Ombudsman Service (FOS) di cui Chubb è membro, ai seguenti recapiti: FOS, South Quay, 183 Marsh Wall, London, E14 9SR, Tel. 0044.845.080.1800, e-mail: enquiries@financial-ombudsman.org.uk. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all’IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l’attivazione della procedura FIN-NET.

16. Arbitrato

La Società si impegna a valutare, su richiesta scritta del Contraente o dell’Assicurato, procedure per giungere ad una soluzione extragiudiziale di qualsivoglia controversia derivante dal contratto di assicurazione regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

“Avvertenza”

Fermo restando quanto previsto in caso di controversie in caso di sinistro, resta salva la facoltà di adire direttamente l’Autorità giudiziaria.

Chubb European Group Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Chubb European Group Limited

Rappresentanza Generale per l’Italia

Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi



Il seguente elenco riporta le definizioni dei termini di uso più comune, in generale, in ambito assicurativo.

Aggravamento del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

Arbitrato: Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. E' normalmente prevista dai contratti di assicurazione.

Assicurato: Nelle assicurazioni danni è la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché il titolare del diritto all'eventuale indennizzo/risarcimento. Nelle assicurazioni vita, la persona sulla cui morte e/o sopravvivenza è stipulato il contratto ed è calcolato il premio.

Assicuratore: L'impresa di assicurazione.

Assicurazione: L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

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 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 infortuni: L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo oppure 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 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 stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

Caricamenti: La parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Certificato di assicurazione: Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Condizioni di Assicurazione: Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Condizioni particolari: L'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Consumatore: Qualsiasi persona fisica, residente nel territorio della Comunità Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente: Il soggetto, persona fisica o il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio.

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

Data di effetto del contratto: Data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

Data di effetto della copertura: Data di inizio della copertura, a partire dalla quale le garanzie assicurative previste dal contratto sono efficaci.

Dati personali: Qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.

Denuncia di sinistro: Comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro.

Diaria: Garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno d'invalidità temporanea oppure per ogni

giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

Dichiarazioni precontrattuali: Informazioni relative al rischio fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del rischio: Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Diritto di recesso: E' il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.

Disdetta: La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Estensione territoriale: Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

Fascicolo informativo: E' il documento che l'impresa di assicurazione è tenuta a consegnare al contraente prima che il contratto sia stipulato, contenente la Nota Informativa, il glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il relativo certificato.

Franchigia/scoperto: Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato.

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.

Imposta sulle assicurazioni: Imposta che si applica ai premi versati dai contraenti. Essa varia dal 2,5% (polizze infortuni e malattie) sino al 22,25% (polizze incendio e furto). Tale imposta non si applica ai contratti di assicurazione sulla vita.

Impresa di assicurazione: E' l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

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

Indennizzo o Indennità: E' la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

Invalità permanente: E' 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.

ISVAP: L'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo dal 1° gennaio 2013 sostituito dall'IVASS.

IVASS: 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.

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

Margine di solvibilità: Misura il patrimonio disponibile dell'impresa di assicurazioni al netto di quella parte che per legge deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto.

Massimale: E' la somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno. E' in genere prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nei casi in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Nota Informativa: Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della stipula del contratto di assicurazione contenente le informazioni relative all'impresa di assicurazione e al contratto stesso, previste dalla normativa vigente.

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

Perito: E' il libero professionista normalmente 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 caso morte: E' il contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un capitale al beneficiario qualora si verifichi la morte dell'assicurato.

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

Polizza di assicurazione: E' il contratto di assicurazione stipulato dal contraente. In esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali sia quelle particolari.

Premio: E' la somma di denaro che il contraente deve corrispondere all'assicuratore per beneficiare dell'assicurazione da lui stipulata.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazioni assicurate: vedi anche "condizioni particolari", cioè l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Principio indennitario: Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione: E' il compenso che l'assicuratore deve all'intermediario, qualora previsto, per l'attività svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal cliente.

Questionario anamnestico: Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione 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 ed 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.

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

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

Rischi esclusi: Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Rischio: E' la probabilità che si verifichi l'evento assicurato moltiplicata per l'entità del danno conseguente.

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

Rivalsa: E' il diritto che spetta all'assicuratore che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

Sinistro: E' il verificarsi dell'evento coperto dall'assicurazione.

Somma assicurata: E' l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

Soprassicurazione: Soprassicurazione è quando la somma assicurata è superiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

Sottoassicurazione: Sottoassicurazione è quando la somma assicurata è inferiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

Surroga: E' la facoltà dell'assicuratore di sostituirsi all'assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. E' possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore lasciando così imprejudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

Terzo danneggiato: Nelle assicurazioni della responsabilità civile, è la vittima del fatto illecito il cui risarcimento, nei limiti del massimale, viene garantito dall'assicuratore.

Valore a nuovo: Espressione utilizzata nelle assicurazioni relative ai danni ai beni (es. incendio) per indicare che l'indennizzo è commisurato non al valore del bene al momento del sinistro bensì al costo per il suo ripristino.

Valore assicurabile: E' il massimo valore al quale un bene può essere oggetto di assicurazione. E' il valore in rapporto al quale si pone il valore assicurato per esprimere il giudizio di "sopra" o "sotto" assicurazione.

Valore assicurato: Rappresenta il valore rispetto al quale il bene è assicurato.

Condizioni di Assicurazione

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

PRESTAZIONI ASSICURATE	INDENNIZZI	
	CONTRAENTE / ALTRO ASSICURATO	CONIUGE / FIGLIO
Indennità giornaliera garantita in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia <i>(Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione)</i>	€ 200,00	€ 200,00
Indennità giornaliera garantita post-ricovero <i>(Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione)</i>	€ 50,00	€ 50,00
Indennità forfetaria corrisposta in caso di frattura, anche senza ricovero <i>(Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione)</i>	€ 1.500,00	€ 1.500,00
Garanzie di assistenza erogate per il tramite della Centrale Operativa <i>(Articoli 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16 delle Condizioni di Assicurazione)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consulenza medica telefonica • Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza • Consegna medicinali a domicilio • Invio fisioterapista • Invio baby sitter • Invio dog sitter • Collaboratrice domestica • Spesa a domicilio 	

TABELLA DEL PREMIO

UNITÀ DI PREMIO (importo corrispondente ad un mese di copertura)		
FASCIA DI ETÀ	CONTRAENTE / ALTRO ASSICURATO	CONIUGE / FIGLIO
fino a 35 anni	€ 32,50 <i>(di cui € 0,85 di imposte)</i>	€ 29,50 <i>(di cui € 0,77 di imposte)</i>
36 – 45 anni	€ 42,50 <i>(di cui € 1,11 di imposte)</i>	€ 39,50 <i>(di cui € 1,03 di imposte)</i>
46 – 55 anni	€ 52,50 <i>(di cui € 1,37 di imposte)</i>	€ 49,50 <i>(di cui € 1,29 di imposte)</i>
56 - 65 anni	€ 62,50 <i>(di cui € 1,63 di imposte)</i>	€ 59,50 <i>(di cui € 1,55 di imposte)</i>

CAPITOLO 1 - DEFINIZIONI

Di seguito riportiamo le definizioni di alcuni termini utilizzati in queste Condizioni di Assicurazione:

Adesione: l'adesione del Contraente al contratto di assicurazione.

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

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

Centrale Operativa: l'organizzazione di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via B. Alimena n. 111 – 00173 Roma, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal presente contratto di assicurazione.

Certificato personale di assicurazione: il documento emesso dalla Società ed intestato al Contraente, che prova la concessione della copertura assicurativa e che fa parte integrante del presente Fascicolo informativo.

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

Coniuge: il coniuge del Contraente (o convivente more-uxorio).

Contraente: la persona fisica alla quale è intestato il Certificato personale 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 e l'ora a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

Data di Inizio della Copertura: la data e l'ora a partire dalla quale la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate.

Diritto di Recesso: diritto del Contraente di recedere dal contratto di assicurazione e farne cessare gli effetti.

Diritto di Revoca: diritto del Contraente di revocare la copertura assicurativa prima della Data di Effetto del Contratto.

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

Fascicolo informativo: il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa, del quale è da considerarsi parte integrante il relativo Certificato personale di assicurazione, composto da:

1. Nota Informativa,
2. Glossario,
3. Condizioni di Assicurazione.

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

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

Frequenza di pagamento: la frequenza con la quale il Contraente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile: quest'ultima è definita "Unità di Premio".

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.

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.

Intermediario: Amex Agenzia Assicurativa S.r.l., iscritto alla sezione A, n. A000162575 del R.U.I. (Registro Unico degli Intermediari Assicurativi), il soggetto che esercita a titolo oneroso attività

di presentazione e proposta di assicurazione, svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzata a tale attività.

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge.

IVASS: 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: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.

Malattia improvvisa: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

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.

Nota Informativa: documento redatto secondo le condizioni previste dall'IVASS che la Società deve consegnare al Contraente prima della Data di Effetto del Contratto di assicurazione, e che contiene informazioni relative alla Società, al contratto stesso e alle caratteristiche assicurative e finanziarie della polizza.

Premio di assicurazione o Premio: importo dovuto dal Contraente alla Società e pari all'Unità di Premio o ad un multiplo di essa (3, 6 o 12, in base alla frequenza di pagamento scelta dal Contraente).

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

Prestazioni assicurate: le prestazioni, in termini di indennizzi, garanzie e servizi, corrisposti dalla Società in caso di sinistro.

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

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato.

Società: l'Impresa di Assicurazione CHUBB EUROPEAN GROUP LIMITED.

Unità di premio: importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa, comprensivo di tasse e imposte governative.

Urgenza: alterazione ordinaria delle condizioni di benessere conseguente ad infortunio, per lo più contenuta nei possibili effetti per la quale, pur non essendo in immediato pericolo di vita è tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

CAPITOLO 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 1 – Oggetto dell'assicurazione

La presente polizza di assicurazione infortuni e malattia, garantisce all'Assicurato:

- il pagamento di una indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero a seguito di infortunio o malattia;
- il pagamento di una indennità giornaliera post-ricovero;
- il pagamento di una indennità forfetaria in caso di frattura;
- un pacchetto di garanzie di assistenza medica e alla persona.

Gli indennizzi sono riportati nel Certificato personale di assicurazione. Le prestazioni assicurate dalla seguente polizza sono operanti sia nello svolgimento dell'attività professionale, sia durante le attività extra-professionali; fatto eccezione di quanto previsto dal Capitolo 4 - "Deli-

mitazioni ed Esclusioni” che segue. Per una comprensione completa ed esaustiva delle garanzie prestate si richiama l’attenzione del Contraente sulla necessità di leggere con cura gli articoli di riferimento nei capitoli “Prestazioni Assicurate” e “Delimitazioni ed Esclusioni” che seguono.

Articolo 2 – Estensioni di garanzie

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.

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;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell’aereo sul quale viaggia l’Assicurato, compreso l’eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l’Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non menzionati all’Articolo 20 “Esclusioni generali”, che segue.

Articolo 3 - Persone assicurate

Il Contraente può assicurare se stesso, il Coniuge, i Figli e/o persone non appartenenti al nucleo familiare del Contraente. Le persone che il Contraente ha scelto di includere nel programma assicurativo sono indicate nell’elenco riportato nel Certificato personale di assicurazione. Resta inteso che il Contraente può scegliere di modificare in qualunque momento la propria scelta, comunicando alla Società la propria volontà secondo le modalità indicate nella pagina del presente fascicolo intitolata “I Contatti di Chubb European Group Limited”.

CAPITOLO 3 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Sezione 1 – GARANZIA INFORTUNI E MALATTIA

Articolo 4 - Indennità giornaliera per ricovero a seguito infortunio o malattia

Se l’infortunio o la malattia rende necessario il ricovero dell’Assicurato in un Istituto di cura, la Società, per ogni giorno di degenza, corrisponde l’indennità giornaliera riportata nel Certificato personale di assicurazione a partire dal primo giorno di ricovero e con il massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni per evento.

La liquidazione dell’indennità dovuta viene effettuata a degenza ultimata e su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l’esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall’Istituto di cura.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 5 – Indennità giornaliera post - ricovero

Al termine del periodo di degenza, la Società versa all’Assicurato – in aggiunta all’indennità per ricovero – l’indennità giornaliera post-ricovero indicato nel Certificato personale di assicurazione, calcolandola sulla base dei giorni indennizzabili per il ricovero, fino a un massimo di 30 (trenta) giorni di ricovero per evento. Tale indennità sarà corrisposta anche nel

caso in cui all'Assicurato non sia stato prescritto alcun periodo di convalescenza post-ricovero. *La presente garanzia è valida in tutto il mondo.*

Articolo 6 – Indennità forfetaria per fratture

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato riporti una o più fratture ossee, la Società corrisponde l'indennità forfetaria garantita, riportata nel Certificato personale di assicurazione, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia subito o meno un ricovero, dietro presentazione degli esami radiologici effettuati.

Si specifica che, in caso di fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, la Società corrisponderà 1/5 (un quinto) dell'indennità forfetaria per ogni dito fratturato, fino ad un massimo di 5 (cinque) dita per evento.

La Società si riserva il diritto di effettuare indagini e accertamenti necessari ai fini di una corretta valutazione del danno.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 7 – Cumulo di indennità

Si conviene che le indennità per ricovero, post ricovero e frattura sono cumulabili fra loro. Gli indennizzi di cui alla presente polizza sono pagati dalla Società in aggiunta e indipendentemente da qualsiasi altra forma di previdenza o assicurazione, pubblica o privata, che l'Assicurato avesse in corso o stipulasse in futuro.

Sezione 2 – ASSISTENZA MEDICA E ALLA PERSONA

Articolo 8 – Premessa

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di assistenza, la Società si avvale della Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via B. Alimena n. 111 - 00173 Roma, di seguito denominata Centrale Operativa, costituita da risorse umane e attrezzature, a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di preesistente convenzione con la Società, provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato attraverso la Centrale Operativa, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dalle Condizioni di Assicurazione. Tutti gli interventi della Centrale Operativa devono essere espressamente richiesti dall'Assicurato.

Articolo 9 – Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a evento coperto dalla seguente polizza, può avvalersi delle prestazioni di assistenza indicate nei successivi articoli di cui alla presente sezione, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al numero verde riportato sull'ultima pagina del presente Fascicolo intitolata "I Contatti di Chubb European Group Limited".

Il servizio è disponibile 24 ore su 24 per 365 (trecentosessantacinque) giorni all'anno, con i limiti indicati in ciascuna prestazione. Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediata, l'Assicurato viene richiamato non appena la Centrale Operativa ha ricevuto le informazioni necessarie e, comunque, entro e non oltre le successive 48 (quarantotto) ore.

Resta inteso che gli interventi di assistenza devono essere predisposti direttamente dalla Centrale Operativa ed essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

Articolo 10 – Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a evento coperto dalla seguente polizza. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza,

qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire consigli medici di carattere generale, ovvero informazioni riguardanti:

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

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

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 11 – Invio di un medico o un'ambulanza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessario e non rinviabile l'intervento di un medico generico sul posto, provvederà ad inviarne uno convenzionato sul posto.

In alternativa o in caso di urgenza, la Centrale Operativa, se lo riterrà necessario, organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza privata nel centro di primo soccorso idoneo più vicino. La prestazione viene fornita con costi a carico della Società. Resta inteso che, in caso di emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese. Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa risulti impossibile fornire tali prestazioni, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le eventuali spese sostenute dallo stesso, sempre che tali spese siano preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa. Le eventuali spese sostenute, sempre se autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, ricevute, note). Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

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

Articolo 12 – Consegna medicinali a domicilio

In caso di evento coperto dalla seguente polizza l'Assicurato potrà mettersi in contatto con la Centrale Operativa per richiedere l'acquisto e la consegna di medicinali. La Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile, rispettando le norme che regolano l'acquisto e il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare al domicilio il denaro e la prescrizione necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti. Il costo della consegna rimane a carico della Società.

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

Articolo 13 – Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio come definito a termini di polizza e certificato da referto di Pronto Soccorso, anche in assenza di ricovero o frattura, necessitasse di un fisioterapista presso il proprio domicilio, potrà richiedere alla la Centrale Operativa il reperimento e l'invio di

un fisioterapista convenzionato con costi a carico della Società.

La ricerca e selezione sarà effettuata in accordo con il medico curante dell'Assicurato e in base alla tipologia del problema diagnosticato.

- Resta a carico della Società il costo della prestazione fino ad un massimo di 10 (dieci) ore lavorative e per un massimo di € 55 (cinquantacinque) per ciascuna ora lavorativa, esclusi costi di farmaci, medicinali o supporti di qualsiasi genere.
- La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni. Non sono quindi previste le formule indennitarie/rimborsuali

La presente garanzia è valida solo in Italia compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino

Articolo 14 – Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente dei propri figli minorenni, durante il ricovero o nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato o a seguito di inabilità temporanea totale dovuta a infortunio sulla base del referto di Pronto Soccorso, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una baby sitter con costi a carico della Società.

- La prestazione è fornita per un massimo di 6 giorni o 12 ore per evento e per minimo 2 ore di presenza continuativa.
- La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 190.00 per evento.

La presente garanzia è valida solo in Italia compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Articolo 15 – Invio dog sitter

Qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente del proprio cane durante il ricovero o nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato o a seguito di inabilità temporanea totale dovuta a infortunio sulla base del referto di Pronto Soccorso, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio un dog sitter che porti a passeggio il cane, con costi a carico della Società.

- La prestazione è fornita per un massimo di 5 uscite per evento.
- La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 150.00 per evento.

La presente garanzia è valida solo in Italia compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Articolo 16 – Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, o a seguito di inabilità temporanea totale dovuta a infortunio sulla base del referto di Pronto Soccorso, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio con costi a carico della Società, un'Assistente alla Persona che possa fornire assistenza all'Assicurato durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni.

- La prestazione è fornita per un massimo di 6 giorni o 12 ore per evento e per minimo 2 ore di presenza continuativa e massimo 6.
- La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni.

Qualora l'organizzazione della prestazione non sia possibile, la Società rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute entro il limite di euro 570,00 per evento.

La presente garanzia è valida solo in Italia compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

Articolo 17 – Consegna della spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, o a seguito di inabilità temporanea totale dovuta a infortunio, sulla base del referto di Pronto Soccorso, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di 2 (due) buste per richiesta, con costi a carico della Società.

- Il servizio può essere fornito massimo 1 (una) volta alla settimana per ciascuna delle settimane di inabilità temporanea successive al ricovero, nel limite di 4 (quattro) settimane.

Resta inteso che i costi relativi a quanto acquistato per conto dell'Assicurato rimangono a carico

dell'Assicurato stesso. La Centrale Operativa provvederà ad inviare un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessaria all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

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

CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Articolo 18 – Valutazione di adeguatezza. Dichiarazioni false o reticenti.

Nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte di cui al Regolamento IVASS n° 5/2006, la Società, per il tramite di Amex Agenzia Assicurativa, ha raccolto la consapevolezza del Contraente relativamente alle principali caratteristiche ed esclusioni della copertura assicurativa in oggetto:

- essa è cumulabile con altre coperture analoghe che l'assicurato dovesse possedere;
- essa esclude gli infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali, a titolo di esempio: paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei in genere;
- essa esclude gli infortuni derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo e gli infortuni verificatisi in ambito professionale delle seguenti attività: atleta professionista, pilota o membro dell'equipaggio di aerei o elicotteri, vigile del fuoco.

Articolo 19 – Limiti di età

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell'attivazione della copertura assicurativa, abbiano un'età non superiore a 65 (sessantacinque) anni compiuti. Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato.

Articolo 20 – Persone non assicurabili. Aggravamento del rischio

La Società non richiede al Contraente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio: variazioni della professione. **Resta inteso che la garanzia assicurativa non è operativa per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.**

Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente - ove richiesto - la parte di premio non goduta, con esclusione delle imposte governative.

Articolo 21 – Esclusioni generali

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni:

- derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 2 - "Estensioni di garanzia";
- 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 professionale come Vigile del Fuoco;
- derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché i sinistri occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- 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 delle seguenti attività; speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A., sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- 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 subacquee;
- derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, salvo quanto previsto dall'Art. 2 – "Estensioni di garanzia";
- derivanti dalla pratica di voli effettuati come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo;
- derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, non resi necessari da infortunio.

Sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione:

- i ricoveri, per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici;
- i ricoveri per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di infortunio);
- le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, riposo, convalescenza o Istituti di cura che non rispondono alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di cura;
- il pronto soccorso non seguito da ricovero;
- i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da sinistro indennizzabile.
- restano escluse patologie preesistenti dalle garanzie di cui alla presente polizza gli eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la data di Inizio della Copertura indicata sul Certificato di personale di assicurazione.
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.

"Avvertenza"

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

Articolo 22 – Esclusioni specifiche in caso di fratture

Sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

Articolo 23 – Limiti ed esclusioni e delle garanzie di assistenza

Articolo 23.1 – Limiti delle garanzie di assistenza

Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa risulti impossibile fornire le prestazioni di cui agli Artt. 10 e 11, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le eventuali spese sostenute dallo stesso, sempre che tali spese siano preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, fino ad un massimo di € 120,00 (centoventi), per evento. Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, ricevute, notule). Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

CAPITOLO 5 - PREMIO DI ASSICURAZIONE

Articolo 24 – Determinazione del premio di assicurazione

Il premio di assicurazione è pari a una Unità di Premio (cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa) o a un multiplo di essa (3, 6, o 12) in base alla frequenza di pagamento scelta (mensile, trimestrale, semestrale o annuale), per persona assicurata. Il premio è determinato dall'età dell'Assicurato al momento dell'adesione e non subirà incrementi dovuti al variare dell'età dell'Assicurato stesso.

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

Articolo 25 - Pagamento del premio di assicurazione

Il Contraente si impegna a corrispondere il premio di assicurazione, a decorrere dalla Data di Effetto del Contratto, mediante addebito automatico su una Carta di Credito American Express della quale è Titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato.

Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per il Contraente di comunicare alla Società le modifiche da apportare per il corretto addebito del premio di assicurazione. L'eventuale attivazione dell'addebito diretto su un conto corrente bancario potrà avvenire in ogni momento mediante l'approvazione del relativo Mandato da parte del Contraente nel rispetto delle procedure previste per l'utilizzo di questo strumento di pagamento. Il mancato pagamento del premio determina l'applicazione dell'Art. 1901 C.C. mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.

CAPITOLO 6 – EFFETTO E DURATA DEL CONTRATTO

Articolo 26 – Data di Inizio della Copertura. Diritto di revoca

La Data di Inizio della Copertura coincide con le ore 24 (ventiquattro) del giorno stesso in cui la Società ha raccolto la volontà del Contraente di aderire alla presente polizza: a partire da tale momento, la Società garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto della presente polizza. Il Contraente ha comunque facoltà di revocare la copertura assicurativa, **in qualsiasi momento tra la Data di Inizio della Copertura e la Data di Effetto del Contratto**, comunicando alla Società la sua volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata A/R;

- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde dedicato e autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di revoca della polizza.

La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Inizio della Copertura e la Società rimborserà al Contraente l'eventuale premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei premi.

Articolo 27 – Data di Effetto del Contratto. Diritto di recesso

Il contratto di assicurazione ha effetto, cioè si intende stipulato, a partire dalla mezzanotte del 1° (primo) giorno del secondo mese successivo all'adesione (Data di Inizio della Copertura), indipendentemente dal fatto che la Società riceva copia sottoscritta dal Contraente del Certificato Personale di Assicurazione. Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Contraente – prevista dal Reg. IVASS n° 34 del 19/03/2010 – ha una finalità esclusivamente probatoria mentre la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del Contratto di Assicurazione o la possibilità per il Contraente di esercitare pretese di annullamento dello stesso al di fuori delle modalità previste nel presente Capitolo. Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro i 14 (quattordici) giorni successivi alla Data di Effetto del Contratto (riportata sul Certificato personale di assicurazione), comunicando alla Società la sua volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata A/R.;
- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde dedicato, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di recesso della polizza.

La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Effetto del Contratto e la Società rimborserà al Contraente l'eventuale premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei premi.

Articolo 28 – Durata del Contratto. Modalità di disdetta

Il presente contratto di assicurazione, emesso con durata a tempo indeterminato, è valido per periodi di assicurazione ricorrenti definiti in base alla frequenza di pagamento del premio di assicurazione scelta, a partire dalla Data di Effetto del Contratto.

Il contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC, restando inteso che il Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il periodo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione. Oltre alla forma scritta, il Contraente ha facoltà di comunicare la propria disdetta rivolgendosi telefonicamente al numero verde dedicato, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. Salvo quanto previsto nelle presenti Condizioni di Assicurazione, la Società si impegna a non dare disdetta nei primi 5 anni dalla data di effetto del contratto, eccetto nel caso di cessazione o trasferimento dell'intera Convenzione cui questo contratto di assicurazione fa riferimento. Dopo i primi 5 anni, la Società potrà dare disdetta in qualsiasi momento. La disdetta sarà in ogni caso comunicata con preavviso di 30 (trenta) giorni prima della scadenza del periodo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione. La disdetta sarà comunicata a mezzo raccomandata A/R o PEC.

CAPITOLO 7 - DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 29 – Adempimenti in caso di sinistro

29.a) Premessa

In caso di sinistro indennizzabile occorso tra la Data di Inizio della Copertura e la Data di Effetto del Contratto, la Società si impegna comunque a garantire le prestazioni assicurate.

29.b) Denuncia di sinistro

In caso di infortunio, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la denuncia alla Società, tramite i numeri di telefono riportati nella sezione "I Contatti di Chubb European Group Limited" entro 15 (quindici) giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora. L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta

dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003. All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

Articolo 30 – Gestione dei sinistri - Controversie in caso di sinistro

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del sinistro, le Parti si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Polizza. La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (inclusa la Società) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso della Società, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte. Il terzo medico viene scelto dalle Parti, sopra una terna di nomi proposta dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la parte attrice convoca il Collegio Medico, invitando l'altra parte a presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 8 - NORME COMUNI

Articolo 31 – Esclusività del programma assicurativo

La qualità di Titolare di Carta di Credito American Express è condizione indispensabile per poter aderire alla presente assicurazione.

Articolo 32 – Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre Compagnie di assicurazione o con la Società stessa.

Articolo 33 – Rinuncia al diritto di rivalsa

In deroga all'art. 1916 del Codice Civile la Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalersi verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Articolo 34 – Foro competente

Foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

Articolo 35 – Oneri fiscali

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

Articolo 36 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni di Legge Italiana.

Chubb European Group Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi



I Contatti di Chubb European Group Limited

SE VUOLE PARLARE CON CHUBB EUROPEAN GROUP LIMITED:

Il nostro Numero Verde unico, gratuito dall'Italia:



Per ottenere informazioni sulla polizza assicurativa, denunciare un sinistro:

- da lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 e il sabato dalle 9:00 alle 13:00

Per richiedere servizi e prestazioni di assistenza:

- 24 ore su 24, 7 giorni su 7

Dall'estero:

- può chiamarci anche al numero **+39 06 4211 5 564**
- può inviarci un fax al numero **+39 06 4818 960**

SE PREFERISCE SCRIVERE:

Usi la posta ordinaria, il fax o la mail

Indirizzo Postale:

Chubb European Group Ltd - via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano

Numero di Fax:

+39 02 27095 581

E-mail:

servizioclienti.chubb@chubb.com

Può utilizzarli per:

- inviarci il Certificato di Assicurazione firmato
- comunicarci le sue variazioni anagrafiche
- includere o escludere altri assicurati

