



CHUBB®



PROGRAMMA PROTEZIONE INFORTUNI PLUS

Guida alla Consultazione

INFORMAZIONI PRINCIPALI

Programma Protezione Infortuni 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. 16
 - 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 PROTEZIONE INFORTUNI PLUS

QUALI VANTAGGI

Il Programma Protezioni Infortuni Plus consente di ottenere una copertura assicurativa completa in caso di morte e invalidità a seguito di infortunio. Qualora tali eventi siano conseguenze di un incidente stradale potrà inoltre beneficiare di un ulteriore indennizzo aggiuntivo. 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 Protezione Infortuni 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.

COSA OFFRE

Il Programma Protezione Infortuni Plus prevede le seguenti garanzie:

- **Indennizzo iniziale assicurato di 250.000 Euro**, in caso di morte a seguito di infortunio.
- **Indennizzo iniziale assicurato di 250.000 Euro**, in caso di invalidità permanente totale a seguito di infortunio, se il Contraente ha scelto il PIANO B.
- **Indennizzo iniziale aggiuntivo di 50.000 Euro**, in caso di evento indennizzabile a seguito di incidente stradale.
- **Assistenza psicologica**, sul PIANO A (in caso di morte) per i familiari dell'assicurato, sul PIANO B per l'assicurato in caso di Invalidità Permanente Totale o per i familiari in caso di Morte dell'assicurato, **second opinion** (PIANO B), **assistente alla persona** (PIANO B).

Inoltre le somme assicurate, così come i premi, si rivaluteranno automaticamente del 3% ogni anno in modo da offrirle un indennizzo sempre adeguato alle sue esigenze.

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.

ADESIONE

L'adesione del Contraente al contratto di assicurazione può essere stata raccolta da Chubb European Group Limited direttamente o per il tramite dell'Intermediario abilitato, attraverso il canale web ovvero per il tramite di operatori telefonici, i quali agiscono comunque sotto il pieno controllo e la responsabilità diretta di Chubb European Group Limited o dell'Intermediario abilitato qualora sia quest'ultimo a incaricarli.

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

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

PROTEZIONE INFORTUNI PLUS

Contratto di assicurazione INFORTUNI E ASSISTENZA

Modello CGA PIPDEX_0218
Convenzione ITDANY04924116
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 nella Tabella delle Garanzie, degli Indennizzi e dei Massimali” e negli articoli di riferimento del 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 (limitazione 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 sono contenute negli articoli di riferimento del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

4. 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.

5. 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.

6. Premi

Il premio può essere pagato alla Società con frequenza mensile o annuale, senza oneri aggiuntivi, tramite addebito automatico su carta di credito American Express intestata al Contraente. 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.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio è rivalutato automaticamente ad ogni ricorrenza annuale. L'incremento annuo per persona assicurata sarà pari a 0,75 € per il Piano A e 1,00 € per il Piano B corrispondenti al 3% dell'importo in vigore alla Data di Effetto del Contratto.

Le somme assicurate sono rivalutate secondo le stesse modalità.

“Avvertenza”

Il Contraente ha facoltà di interrompere o annullare la rivalutazione del premio e delle somme assicurate in qualsiasi momento.

8. 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.

9. 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.

10. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

11. Regime fiscale

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. 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.

“Avvertenza”: Per le prestazioni di assistenza, se previste dal contratto, la Società 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, la Società 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.

13. 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 recapiti:

- 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 (quarantacinque) 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 a 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.

14. Arbitrato

In caso di controversie sulla natura e/o sulle conseguenze dell'infortunio, l'Impresa di Assicurazione si impegna a valutare richieste dell'Assicurato o degli aventi diritto per giungere ad una soluzione extragiudiziale, derivante dal contratto di assicurazione regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione. Si richiama l'articolo “Controversie” del Capitolo “NORME COMUNI” delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

“Avvertenza”: Fermo restando quanto previsto in caso di controversie in caso di sinistro, resta salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità giudiziaria.

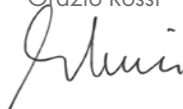
Chubb European Group Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Chubb European Group Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi



Avvertenza

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

Si specifica che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nelle Condizioni di Assicurazione.

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 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.

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 impregiudicato 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 DEL PREMIO

UNITÀ DI PREMIO PER PERSONA ASSICURATA (importo corrispondente ad un mese di copertura)

	Piano A	Piano B
Anno 1	€ 26,00 (di cui € 0,65 di imposte)	€ 33,50 (di cui € 0,86 di imposte)
Anno 2	€ 26,75 (di cui € 0,67 di imposte)	€ 34,50 (di cui € 0,89 di imposte)
Anno 3	€ 27,50 (di cui € 0,69 di imposte)	€ 35,50 (di cui € 0,91 di imposte)
Anno 4	€ 28,25 (di cui € 0,71 di imposte)	€ 36,50 (di cui € 0,94 di imposte)
Anno 5	€ 29,00 (di cui € 0,73 di imposte)	€ 37,50 (di cui € 0,96 di imposte)
Anno 6	€ 29,75 (di cui € 0,74 di imposte)	€ 38,50 (di cui € 0,99 di imposte)
Anno 7	€ 30,50 (di cui € 0,76 di imposte)	€ 39,50 (di cui € 1,02 di imposte)
Anno 8	€ 31,25 (di cui € 0,78 di imposte)	€ 40,50 (di cui € 1,04 di imposte)
Anno 9	€ 32,00 (di cui € 0,80 di imposte)	€ 41,50 (di cui € 1,07 di imposte)
Anno 10	€ 32,75 (di cui € 0,82 di imposte)	€ 42,50 (di cui € 1,09 di imposte)
Anno 11	€ 33,50 (di cui € 0,84 di imposte)	€ 43,50 (di cui € 1,12 di imposte)
Successivamente all'11° anno l'Unità di Premio non verrà rivalutata ulteriormente		

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

TABELLA DEGLI INDENNIZZI DELLE GARANZIE E DEI MASSIMALI

Piano	Piano A e Piano B	Solo Piano B	Piano A e Piano B	Piano A e Piano B
Garanzie	Indennizzo assicurato in caso di morte a seguito di infortunio (Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennizzo assicurato in caso di invalidità permanente totale a seguito di infortunio (Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennizzo aggiuntivo in caso di incidente stradale (Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione)	Garanzie di assistenza erogate per il tramite della Centrale Operativa (Art. 10, 11, 12 delle Condizioni di Assicurazione)
Anno 1	€ 250.000	€ 250.000	€ 50.000	<ul style="list-style-type: none"> • Piano A e Piano B Assistenza psicologica dedicata all'assicurato e ai familiari. • Solo Piano B Parere medico complementare (Second Opinion). • Solo Piano B Assistente alla persona.
Anno 2	€ 257.500	€ 257.500	€ 51.500	
Anno 3	€ 265.000	€ 265.000	€ 53.000	
Anno 4	€ 272.500	€ 272.500	€ 54.500	
Anno 5	€ 280.000	€ 280.000	€ 56.000	
Anno 6	€ 287.500	€ 287.500	€ 57.500	
Anno 7	€ 295.000	€ 295.000	€ 59.000	
Anno 8	€ 302.500	€ 302.500	€ 60.500	
Anno 9	€ 310.000	€ 310.000	€ 62.000	
Anno 10	€ 317.500	€ 317.500	€ 63.500	
Anno 11	€ 325.000	€ 325.000	€ 65.000	
Successivamente all'11° anno l'Unità di Premio non verrà rivalutata ulteriormente				

CAPITOLO 1 - DEFINIZIONI

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

Accertamento: valutazione dello stato di salute di una persona da parte di un medico, inclusa eventualmente la raccolta di informazioni su precedenti esami e sullo stile di vita, attraverso prove di laboratorio, e lo screening per la malattia.

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 del contratto, erogato per il tramite della Centrale Operativa, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro.

Beneficiario: persona fisica o giuridica designata in polizza dall'Assicurato e che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione quando si verifica l'evento assicurato.

Centrale Operativa: la Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma (della quale si avvale la Società per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di assistenza), costituita da risorse umane e attrezzature, a disposizione dell'Assicurato 24 (ventiquattro) ore su 24 (ventiquattro) 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 le prestazioni di assistenza previste nelle rispettive Sezioni delle Condizioni 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.

Convenzione: l'insieme dei contratti di assicurazione denominati "Protezione Infortuni Plus" cui questo contratto appartiene.

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.

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la base principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico, purché situato in Italia, Stato del Vaticano o Repubblica di San Marino.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto di assicurazione è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati nei relativi articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Estero: il territorio al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

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.

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".

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.

Invalidità permanente totale: la sussistenza di postumi di invalidità permanente in misura pari o superiore al 60% della capacità lavorativa generica valutata in base alla Tabella annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con l'esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124 (per l'industria) e successive modifiche alla data di adesione.

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.

Liquidazione: pagamento all'avente diritto della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento 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.

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

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 (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.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento assicurato. Sinistro: il verificarsi dell'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.

CAPITOLO 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Articolo 1 – Oggetto dell'assicurazione

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

- Il pagamento di un indennizzo in caso di morte a seguito di infortunio;
- Il pagamento di un indennizzo in caso di Invalidità permanente totale da infortunio, se il contraente ha scelto il PIANO B;
- Il pagamento di un indennizzo aggiuntivo in caso di sinistro indennizzabile a seguito di incidente stradale;
- Una serie di prestazioni di assistenza dedicate.

Gli indennizzi e i massimali 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; fatta eccezione di quanto previsto dal Capitolo 4 - "Delimitazioni 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 effettuati come passeggero su velivoli 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 siano esse pubbliche o private per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo;
 - infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune e non menzionati all'Art. 18 - "Esclusioni generali", che segue.

Articolo 3 - Persone assicurate

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 penultima pagina del presente fascicolo intitolata "I CONTATTI DI CHUBB EUROPEAN GROUP LIMITED".

CAPITOLO 3 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Sezione 1 - GARANZIE INFORTUNI

Articolo 4 – Indennizzo in caso di morte per infortunio

4.a) Morte per infortunio

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

L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente Contratto di Assicurazione, modificare l'indicazione del beneficiario con comunicazione scritta alla Società o per testamento.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

4.b) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà al Beneficiario designato il capitale previsto per il caso di morte per infortunio.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 C.C. Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 5 – Indennizzo per invalidità permanente totale

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

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente totale e questa si verifica entro 730 giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società corrisponderà il capitale indicato nel Certificato personale di assicurazione alla persona assicurata, rivalutato automaticamente del 3% (pari a 7.500 €) ad ogni ricorrenza annuale, come riportato nella Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 6 – Indennizzo aggiuntivo per incidente stradale

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

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 7 – Cumulo di indennità

Si conviene che, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente totale, ma entro un anno dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra il capitale pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede rimborso nel caso contrario.

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 struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, costituita da risorse umane e attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e 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 sua Centrale Operativa, a organizzare gli interventi sul posto e ad erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dalle "Condizioni di Assicurazione".

Articolo 9 – Centrale Operativa

L'Assicurato può avvalersi delle prestazioni di assistenza indicate nei successivi Articoli, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al numero verde riportato nella penultima pagina del presente fascicolo, intitolata "I CONTATTI DI CHUBB EUROPEAN GROUP LIMITED". La Centrale Operativa è disponibile 24h/24h per 365 giorni all'anno, con i limiti indicati in ciascuna prestazione.

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediata, l'Assicurato verrà richiamato non appena la Centrale Operativa

avrà 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.

L'Assicurato dovrà fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome del programma assicurativo);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo.

Articolo 10 - Assistenza psicologica

- sul Piano A (in caso di morte) per i familiari dell'assicurato;
- sul Piano B per l'assicurato in caso di una condizione di Non Autosufficienza o per i familiari in caso di Morte dell'assicurato.

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

La prestazione è fornita solo in Italia e 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 400,00 per evento.

Articolo 11 - Parere medico complementare (Second Opinion)

solo su Piano B e solo per l'Assicurato

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

Il parere medico complementare, inviato entro 10 (dieci) giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- l'opinione dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

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

Articolo 12 - Assistente alla persona

solo su Piano B e solo per l'Assicurato

Qualora l'Assicurato versi in condizione di Non Autosufficienza, come successivamente definita, nei 30 (trenta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio, con costi a carico dell'Impresa di Assicurazione, 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 20 giorni consecutivi e 40 ore complessive, con una presenza minima di 2 ore consecutive. La prestazione è fornita solo in Italia e con un preavviso minimo di 3 giorni.

Articolo 13 - Non Autosufficienza

Per Non Autosufficienza si intende l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente, conseguente ad infortunio, di compiere senza l'assistenza di una terza persona almeno 4 delle seguenti attività della vita quotidiana:

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

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

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

CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Articolo 14 – Valutazione di adeguatezza. Dichiarazioni false o reticenti.

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, 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 15 – Limiti di età

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell'attivazione della copertura assicurativa, abbiano un'età non superiore a 75 (settantacinque) anni compiuti.

Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 90° (novantesimo) anno di età dell'Assicurato.

Articolo 16 – 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 collegata.**

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 17 – Criteri di indennizzabilità

17.1 La Società corrisponde le indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere 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.

17.2 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.

Articolo 18 – 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.

"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.

CAPITOLO 5 - PREMIO DI ASSICURAZIONE

Articolo 19 – 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 in base alla frequenza di pagamento scelta (mensile o annuale), per ciascuna persona assicurata.

Il nome, il cognome, la data di nascita delle persone assicurate ed il piano assicurativo scelto, sono riportati sul Certificato Personale di Assicurazione o su successive appendici in caso di modifiche richieste dal Contraente.

"Avvertenza"

Il premio è rivalutato automaticamente ad ogni ricorrenza annuale.

La rivalutazione annua dell'Unità di Premio per persona assicurata sarà pari a 0,75 € per il Piano A e 1,00 € per il Piano B corrispondenti al 3% dell'importo in vigore alla Data di Effetto del Contratto, così come riportato nella Tabella del Premio.

La rivalutazione verrà applicata ad ogni Ricorrenza Annuale successiva alla data di

Effetto del Contratto per i successivi 10 anni, al termine dei quali il Premio non verrà ulteriormente rivalutato. Le somme assicurate sono rivalutate secondo le stesse modalità.

Il Contraente ha facoltà di interrompere o annullare la rivalutazione del premio e delle somme assicurate in qualsiasi momento, 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 interruzione o annullamento della rivalutazione.

Resta inteso che il premio e le somme assicurate rimarranno confermate per il periodo per il quale è già stato corrisposto il premio di assicurazione.

L'interruzione, o l'annullamento, della rivalutazione dei premi e delle somme assicurate non sarà successivamente modificabile. La modifica verrà riconosciuta alla prima ricorrenza di pagamento successiva a quella per la quale è già stato pagato il premio di assicurazione e non avrà effetto retroattivo.

Articolo 20 - 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 21 – 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 Amex Agenzia Assicurativa 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 22 – 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 il premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei premi.

Articolo 23 – 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 24 – Adempimenti in caso di sinistro

24.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.

24.b) Denuncia di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile nei termini della presente polizza, l'Assicurato o un suo

rappresentante deve inoltrare la denuncia alla Società, per il tramite del Servizio Clienti Chubb, il cui numero telefonico è riportato nella seconda pagina del presente fascicolo intitolata "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 dell'evento.

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.

Nel caso specifico di richiesta di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

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

Articolo 25 – 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 Assicurazione.

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 26 – Esclusività del programma assicurativo

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

Articolo 27 – 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 28 – 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 29 – Foro competente

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

Articolo 30 – Oneri fiscali

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

Articolo 31 – 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

Crazio 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

