

CHUBB®



**PROGRAMMA SURGICAL CASH**



# Guida alla Consultazione

## INFORMAZIONI PRINCIPALI

### Programma Surgical Cash

- 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 SURGICAL CASH

### QUALI VANTAGGI

Il Programma Surgical Cash consente di ottenere una **copertura assicurativa completa** in caso di intervento chirurgico. Può infatti beneficiare di un indennizzo garantito, assistenza 24 ore su 24 ed il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche. La polizza è cumulativa con qualsiasi altra assicurazione in suo possesso. L'addebito del Premio è automatico su Carta American Express.

### COSA FARE PER ATTIVARE LE GARANZIE

Il Surgical Cash 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 Surgical Cash prevede le seguenti garanzie in caso di intervento chirurgico:

- **Indennizzo garantito per un massimo di 20.000 Euro**, in caso di intervento chirurgico, in base alla classe di appartenenza dell'intervento, indipendentemente dalle spese sostenute.
- **Rimborso delle spese per le visite specialistiche** direttamente collegate all'intervento chirurgico indennizzato: **fino a 100 Euro a visita**, per un massimo di 2.000 Euro in base alla classe di intervento.
- **Centrale operativa medica con linea dedicata attiva 24 ore su 24** per consulto medico, preventivi di spesa, organizzazione del ricovero.
- **Indennizzo determinato e garantito** anche in caso di intervento in struttura pubblica.

### 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](http://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 **SURGICAL CASH**

Contratto di assicurazione INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

Modello CGA\_SC6434\_0218  
Convenzione n° 010306434S  
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](mailto: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. 1.00043. 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 disdetta:

- 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.

**“Avvertenza”**

Si richiama l’attenzione del Contraente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, la Società può eventualmente applicare un periodo di carenza contrattuale (periodo di tempo limitato in cui le prestazioni assicurate non sono operative). 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.

### **4. Periodi di carenza contrattuali**

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 operative). 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 dalla 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 alla Società 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 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.**

## **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. Ai sensi dell'Art. 180 del D.Lgs. n. 209/05 le Parti tuttavia hanno facoltà di scegliere una diversa legislazione applicabile al contratto. In tal caso la Società proporrà di scegliere la legge dello Stato ove è ubicato il rischio. E' fatta salva, in ogni caso, la prevalenza delle norme imperative italiane e la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

## **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. Tutte le informazioni in merito sono riportate negli articoli del Capitolo 3 - Sezione 2 - Garanzie di Assistenza delle Condizioni di Assicurazione.

### 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 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.

### 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'inabilità 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 e 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 DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

PRESTAZIONI ASSICURATE	INDENNIZZI E MASSIMALI						
	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7
<b>Indennizzo massimo garantito per intervento chirurgico a secondo della classe di appartenenza</b> <small>(Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione)</small>	€ 20.000	€ 10.300	€ 7.800	€ 5.100	€ 3.800	€ 2.600	€ 2.150
<b>Massimale per il rimborso delle visite mediche specialistiche connesse all'intervento</b> <small>(Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione)</small>	€ 2.000	€ 1.050	€ 1.050	€ 780	€ 780	€ 520	€ 260
<b>Garanzie di assistenza erogate per il tramite della Centrale Operativa</b> <small>(Art. 7, 8 e 9 delle Condizioni di Assicurazione)</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centrale Operativa</li> <li>- Consulenza Medica</li> <li>- Servizio Prenotazione Ricoveri</li> </ul>						

## TABELLA DEL PREMIO

UNITÀ DI PREMIO (importo corrispondente ad un mese di copertura per ciascun Assicurato)			
FASCIA D'ETÀ			
FINO A 20 ANNI	DA 21 A 40 ANNI	DA 41 A 50 ANNI	OLTRE I 51 ANNI
<b>€ 24,00</b> <small>(di cui € 0,60 di imposte)</small>	<b>€ 29,00</b> <small>(di cui € 0,73 di imposte)</small>	<b>€ 37,00</b> <small>(di cui € 0,93 di imposte)</small>	<b>€ 49,00</b> <small>(di cui € 1,20 di imposte)</small>



## 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.

**Ambulatorio:** la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna.

**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.

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

**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.

**Circuito convenzionato:** la rete di istituti di cura, centri specializzati, medici chirurghi, convenzionati per l'erogazione delle prestazioni in forma diretta ed in forma indiretta.

**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.

**Elenco degli interventi coperti:** l'elenco di interventi chirurgici classificati per tipologia e che riporta per ciascun intervento coperto, in relazione alla sua complessità, la classe di indennizzo garantito pagabile dalla Società; come da Modello CEGL 2010\_0517 che forma parte integrante del presente contratto.

**Equipe chirurgica convenzionata:** il personale medico convenzionato che esegue l'intervento chirurgico durante il ricovero dell'Assicurato, e che accetta il pagamento diretto, anche se parziale, delle proprie competenze da parte della Società.

**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.

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

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

**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.

**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.

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

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento assicurato.

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

**Struttura sanitaria convenzionata:** l'Istituto di cura convenzionato che accetta il pagamento diretto, anche se parziale, delle spese mediche di intervento da parte della Società.

**Unione Europea:** tutti i Paesi riconosciuti membri dell'Unione Europea.

**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, malattia e assistenza garantisce all'Assicurato:

- il pagamento di un indennizzo massimo garantito in caso di intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia a seconda del piano scelto e della classe di appartenenza e della struttura dove viene effettuato l'intervento;

- il rimborso delle visite mediche specialistiche connesse all'intervento chirurgico in base al piano scelto;
- un pacchetto di servizi di assistenza disponibili 24 ore su 24.

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; fatto 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 – Validità dell'assicurazione

L'assicurazione è operante per:

- gli infortuni subiti dall'Assicurato nell'esercizio della sua attività professionale e extraprofessionale;
- le malattie che non siano espressione di situazioni patologiche insorte antecedentemente alla Data di Inizio della copertura assicurativa.

## Articolo 3 – Estensioni di garanzia

Sono compresi tra gli infortuni:

- l'asfissia meccanica (quale ad esempio l'annegamento);
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

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 per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo;
- infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare e relative prove o allenamenti aventi carattere ricreativo e non professionale e ciò limitatamente agli sport di pratica comune e non menzionati all'Art. 17 - "Esclusioni generali", che segue.

## CAPITOLO 3 - PRESTAZIONI ASSICURATE

### Sezione 1 – GARANZIE PER INTERVENTO CHIRURGICO

#### Articolo 4 – Indennizzo per intervento chirurgico

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad uno degli interventi chirurgici – causati da infortunio o malattia – riportati nell'"Elenco degli interventi coperti" la Società garantisce il pagamento dell'indennizzo forfetario, entro la concorrenza del massimale indicato nel Certificato personale di assicurazione, corrispondente alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, in base alle seguenti modalità:

- in caso di intervento presso una **struttura sanitaria privata convenzionata**: la Società versa direttamente alla struttura l'indennizzo previsto. Qualora il totale delle spese sostenute fosse inferiore all'indennizzo previsto per l'intervento, viene corrisposta all'Assicurato la differenza fino

- al raggiungimento dell'intero indennizzo garantito;
- in caso di intervento presso una **struttura sanitaria privata non convenzionata**: la Società corrisponde direttamente all'Assicurato l'intero indennizzo dovuto;
- in caso di intervento **presso una struttura sanitaria con costi a carico parziale o totale** del sistema sanitario nazionale: la Società riconosce all'Assicurato una somma pari al 50% dell'indennizzo previsto per l'intervento subito, anche se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa;
- in caso di più interventi per la medesima patologia: a) se effettuati durante lo stesso ricovero, la Società corrisponde solo l'importo relativo all'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti; b) se effettuati in più ricoveri, distanti fra loro meno di 30 (trenta) giorni, la Società corrisponde un solo importo, calcolato nella misura del 150% dell'indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti.

*La presente garanzia è valida nei paesi aderenti all'Unione Europea, salvo espressa e preventiva autorizzazione della Società.*

### **Articolo 5 – Rimborso per visite specialistiche**

Le visite specialistiche direttamente collegate all'intervento chirurgico indennizzato ed effettuate dall'Assicurato non oltre i 6 mesi precedenti e successivi l'intervento, sono rimborsate con il limite di 100 (cento) Euro per visita ed entro il massimale per anno assicurativo previsto dalla classe di appartenenza dell'intervento. Il rimborso degli eventuali ticket pagati per le visite specialistiche effettuate presso strutture pubbliche o accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale è invece integrale, fermo il predetto massimale annuo.

*La presente garanzia è valida nei paesi aderenti all'Unione Europea, salvo espressa e preventiva autorizzazione della Società.*

## **Sezione 2 – GARANZIE DI ASSISTENZA**

### **Articolo 6 – 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 Bernardino Alimena n. 111 – 00173 Roma - di seguito denominata Centrale Operativa. La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24. Tutti gli interventi della Centrale Operativa, devono essere espressamente richiesti dall'Assicurato.

### **Articolo 7 – Centrale Operativa medica**

La Centrale Operativa Medica mette a disposizione dell'Assicurato un servizio medico (composto da un Coordinatore Medico Responsabile e da un'équipe di medici qualificati e specializzati, disponibili 24 ore su 24) per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza. Il servizio medico non fornisce diagnosi o prescrizioni ma dà consigli ed informazioni all'Assicurato sui primi interventi da effettuare. 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;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

### **Articolo 8 – Consulenza medica telefonica**

In caso di necessità l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa ed ottenere i seguenti servizi:

- organizzazione di un consulto medico telefonico in caso di urgenza;
- organizzazione di consulti medici specialisti;
- un elenco di specialisti convenzionati;
- informazioni su mezzi di soccorso d'urgenza;
- segnalazione di laboratori e centri diagnostici.

Qualora non fosse possibile fornire immediata risposta, l'Assicurato sarà richiamato non appena la Centrale Operativa avrà ricevuto, dalla Struttura sanitaria o dallo specialista indicato, le informazioni necessarie. Il Servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni ma fa il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

*La presente garanzia è valida in tutto il mondo.*

### **Articolo 9 – Prenotazione ricoveri per intervento chirurgico**

Nel caso l'Assicurato debba sottoporsi ad uno degli interventi chirurgici previsti dalla presente polizza, contattando la Centrale Operativa può ottenere:

- la verifica della tipologia di intervento;
- l'indicazione relativa all'importo dell'indennizzo garantito per quel tipo di intervento;
- informazioni sugli ospedali, cliniche e case di cura private sul territorio nazionale dove è possibile eseguire l'intervento.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di una struttura sanitaria e di un'équipe medica convenzionata potrà ottenere i seguenti servizi:

- usufruire delle tariffe preferenziali concordate dalla Società;
- il contatto diretto con il chirurgo che lo opererà;
- la prenotazione e l'organizzazione del ricovero in una data che soddisfi le sue esigenze, quelle della struttura e quelle dell'operatore;
- il pagamento diretto alla struttura delle spese di intervento, nel limite dell'indennizzo previsto dalla classe dell'intervento coperto.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di una struttura sanitaria o di un'équipe medica non convenzionate, potrà comunque:

- indicare agli operatori della Centrale Operativa il nominativo e il recapito telefonico del chirurgo di propria fiducia che eseguirà l'intervento; in questo caso sarà cura della Centrale Operativa se l'Assicurato lo desidera - contattare il chirurgo per conoscere esattamente l'intervento che verrà effettuato ed informare l'Assicurato dell'entità del rimborso previsto;
- richiedere la prenotazione e l'organizzazione del ricovero in una data che soddisfi le sue esigenze, quelle della struttura e quelle dell'operatore, se il chirurgo e la struttura scelta acconsentono;
- richiedere il pagamento diretto alla struttura delle spese di intervento, nel limite dell'indennizzo previsto per l'intervento coperto, se il chirurgo e la struttura scelta acconsentono.

*La presente garanzia è valida in Italia.*

## **CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI**

### **Articolo 10 – 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 11 – Residenza**

Per poter usufruire delle garanzie della presente polizza è condizione indispensabile che il Paese di

residenza dell'Assicurato sia l'Italia.

### **Articolo 12 – Limiti di età**

L'età massima per l'adesione alla presente polizza è fissata nel 64° (sessantaquattresimo) anno di età compiuto. Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° (settantesimo) anno di età dell'Assicurato.

### **Articolo 13 – Persone non assicurabili. Aggravamento del rischio**

L'Impresa di Assicurazione 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 14 – Condizioni di rimborsabilità**

L'indennizzo garantito per l'intervento chirurgico viene corrisposto a condizione che l'intervento cui l'Assicurato è stato sottoposto:

- sia esplicitamente incluso nell'“Elenco degli interventi coperti”;
- sia stato giudicato necessario da un medico specialista;
- richieda l'anestesia generale o locale e all'intervento sia stato presente un anestesista;
- venga effettuato nell'Unione Europea, salvo espressa e preventiva autorizzazione da parte della Società;
- venga effettuato in un Istituto di cura autorizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie secondo le disposizioni di legge di uno stato membro dell'Unione Europea, salvo quanto previsto al punto precedente.

Il rimborso delle visite specialistiche viene effettuato a condizione che:

- l'intervento chirurgico cui si riferiscono sia indennizzabile a sensi di polizza;
- l'Assicurato presenti, in originale, le fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate.

### **Articolo 15 – Patologie preesistenti**

Restano escluse 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 personale di assicurazione purché note al Cliente.

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.

### **Articolo 16 – Periodo di carenza**

Fermo quanto stabilito dall'Articolo 15 (Patologie preesistenti) che precede, si precisa che – unicamente per gli interventi chirurgici conseguenti a malattia – viene in aggiunta stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di 90 (novanta) giorni, a partire dalla Data di Inizio della Copertura indicata sul Certificato personale di assicurazione.

### **Articolo 17 – Esclusioni generali**

Restano sempre escluse, e quindi non rimborsabili:

- le operazioni o procedure mediche che siano preliminari o conseguenti ad un sinistro indennizzabile, in tale caso infatti l'indennizzo garantito per l'intervento principale include già il rimborso dovuto per gli atti medici preliminari o conseguenti. Restano invece comprese in garanzia le "visite specialistiche";
- interventi di chirurgia plastica o estetica. Sono però rimborsati gli interventi plastici necessari in conseguenza di un intervento coperto;
- maternità, gravidanza, infertilità, fecondazione artificiale e interventi sul nascituro. Sono pure esclusi gli interventi di interruzione volontaria della gravidanza, salvo quelli che si rendano necessari nel corso di un'operazione coperta da assicurazione;
- donazione a terzi di organi o tessuti;
- interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza. Sono in particolare esclusi gli interventi per correggere difetti della vista;
- conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- conseguenze di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- interventi di chirurgia dentale;
- terapie di mantenimento connesse all'insufficienza renale (Dialisi);
- le anomalie congenite e alterazioni da essa determinate o derivate;
- le nevrosi, le malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale.

Sono inoltre **esclusi** dalla presente assicurazione gli eventi:

- 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 dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial, free climbing, canoa fluviale, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, rafting e canyoning;
- derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) di qualsiasi sport, salvo quanto previsto all'Art. 3 - "Estensioni di garanzia";
- 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 dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, salvo quanto previsto dall'Art. 3 - "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.

### **Articolo 18 – Esclusioni specifiche relative al rimborso spese mediche.**

In riferimento a quanto previsto dall'Art. 5 – "Rimborso per visite specialistiche" resta inteso che le visite specialistiche direttamente collegate all'intervento chirurgico sono rimborsate con il limite di 100,00 (cento) euro per visita ed entro il massimale per anno assicurativo previsto dal piano scelto e dalla classe di appartenenza.

## **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 (3, 6, o 12) in base alla frequenza di pagamento scelta (mensile, trimestrale, semestrale o annuale).

### **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 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 22 – Data di Effetto del Contratto. Diritto di recesso**

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.

## **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 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.

#### **24.c) Denuncia di sinistro assistenza**

Per richiedere assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato 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 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 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

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

