

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Programma Infortuni Agos Plus

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza di assicurazione infortuni e assistenza rivolta all'Assicurato nell'esercizio della sua attività professionale ed extraprofessionale. La polizza si rivolge alle persone fisiche residenti in Italia che al momento dell'adesione alla polizza non abbiano ancora compiuto il 70° anno d'età.



Che cosa è assicurato?

- ✓ In caso di ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura a seguito di infortunio, viene garantito il pagamento di un indennizzo giornaliero, fino ad un massimo di 365 giorni
- ✓ Al termine del periodo di ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura a seguito di infortunio, viene garantito il pagamento di una indennità giornaliera, fino ad un massimo di 30 giorni
- ✓ Nel caso in cui l'Assicurato riporti una o più fratture ossee a seguito di infortunio, viene garantito il pagamento di una indennità forfettaria
- ✓ In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio, verificatosi entro 730 giorni dalla data dell'infortunio, viene corrisposto ai beneficiari designati dall'Assicurato un indennizzo mensile per un periodo di 4 anni consecutivi
- ✓ In caso di invalidità permanente totale dell'Assicurato a seguito di infortunio, verificatasi entro 730 giorni dalla data dell'infortunio, viene garantito il pagamento di una indennità forfettaria e di una indennità forfettaria mensile per un periodo di 4 anni consecutivi
- ✓ Qualora l'infortunio consegua ad un'aggressione subita dall'Assicurato, viene garantito il raddoppio degli indennizzi predefiniti
- ✓ Vengono garantite le seguenti prestazioni di assistenza connesse all'infortunio: consulto medico telefonico d'urgenza, disponibile 24 ore su 24; invio di un medico e/o ambulanza in caso di urgenza; assistenza notturna durante il ricovero; assistenza post-ricovero; in caso di non-autosufficienza invio di un infermiere a domicilio; in caso di non-autosufficienza invio di un fisioterapista a domicilio; in caso di non-autosufficienza consegna di generi alimentari o di prima necessità a domicilio

L'Assicuratore indennizza gli importi predefiniti stabiliti in polizza in base alle conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei
- ✗ Infortuni derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo
- ✗ Infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita
- ✗ Interventi chirurgici e prestazioni mediche finalizzati all'eliminazione o correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico
- ✗ Interventi di chirurgia dentale conseguenti a infortunio
- ✗ Ricoveri resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico
- ✗ Pronto soccorso non seguito da ricovero
- ✗ Fratture patologiche, fratture spontanee e distacchi cartilaginei di qualsiasi natura

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per le ulteriori esclusioni si rimanda al DIP aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Non sono assicurabili le persone di età superiore a 70 anni compiuti né le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV e sindromi a questa collegate
- ! In caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso né assumersi le eventuali spese

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



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie Indennità in caso di ricovero, Indennità per il post-ricovero, Indennità in caso di frattura, Indennità per decesso, Invalidità Permanente totale a seguito di infortunio e Raddoppio degli Indennizzi per aggressione sono valide in qualsiasi Paese del mondo
- ✓ Le prestazioni di assistenza connesse all'infortunio sono valide in Italia, Repubblica di San Marino e Stato del Vaticano, ad eccezione della prestazione Consulenza medica operante in qualsiasi Paese del mondo



Che obblighi ho?

- Comunicare in forma libera all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'aggravamento del rischio, la sua diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale
- In caso di adesione alla polizza per il tramite dell'Intermediario abilitato, sottoscrivere il Certificato Personale di Assicurazione e trasmetterne copia firmata all'Assicuratore, restando inteso che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità del contratto
- Qualora le coordinate per l'addebito del premio di assicurazione dovessero variare, comunicare all'Assicuratore la predetta variazione per il corretto addebito del premio di assicurazione
- Denunciare all'Assicuratore ogni eventuale sinistro entro 15 giorni da quando l'evento si è verificato o comunque non appena possibile, indicando il luogo, il giorno e l'ora del sinistro. Inoltre, fornire all'Assicuratore i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la corretta valutazione del sinistro da parte dell'Assicuratore
- Per usufruire delle prestazioni di assistenza, contattare in autonomia la Centrale Operativa e fornire tutte le informazioni richieste



Quando e come devo pagare?

Il Contraente si impegna a corrispondere il premio dalla Data di Conclusione del contratto mediante addebito automatico su una carta di credito di cui è titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato.

Il premio deve essere pagato in base alla frequenza stabilita in fase di adesione alla polizza (mensile, trimestrale, semestrale o annuale), senza oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire al contratto. A partire da tale momento, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del contratto, a patto che il Contraente effettui il pagamento della prima Unità di Premio a suo carico. Il mancato pagamento della prima Unità di Premio a carico del Contraente comporta retroattivamente il venir meno della copertura assicurativa fin dalla data di Conclusione del contratto.

La polizza, emessa con durata a tempo indeterminato, è valida per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla frequenza di pagamento del premio scelta, a partire dalla Data di Conclusione del Contratto.

La copertura assicurativa cessa automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

L'Assicuratore può raccogliere la singola adesione alla polizza direttamente o per il tramite dell'Intermediario abilitato ed attraverso il canale web o per il tramite di operatori telefonici, i quali agiscono sotto il pieno controllo e la responsabilità diretta dell'Assicuratore e/o dell'Intermediario abilitato.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente ha inoltre facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 60 giorni dalla Data di Conclusione del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Conclusione del contratto.

Il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o tramite PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com, oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza, restando inteso che la polizza rimarrà in vigore per il periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione.

Assicurazione Infortuni e Assistenza

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Programma Infortuni Agos Plus

DIP Aggiuntivo realizzato in data: aprile 2022. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato di Chubb European Group SE. Il patrimonio netto di Chubb European Group SE al 31 Dicembre 2020 è pari a € 2.658.218.622 e comprende il capitale sociale pari a € 896.176.662 e le riserve patrimoniali pari a € 1.762.041.960. Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al 164%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 1.613.487.289 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 2.647.533.968. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 619.844.687. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <https://www.chubb.com/uk-en/about-us/europe-financial-information.aspx>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La polizza, in caso di sinistro indennizzabile, prevede i seguenti indennizzi per ciascuna garanzia:

Indennizzi Garanzie Da Infortunio:

**Indennità giornaliera
garantita
in caso di Ricovero**

70 € al giorno, max 365 gg

**Indennità giornaliera
garantita
per il post Ricovero**

70 € al giorno, max 30 gg

**Indennità forfetaria
garantita
in caso di Frattura**

500 €

**Indennità mensile, per 4
anni consecutivi, in caso
di decesso*:**

1.500 € al mese

*garanzia operante per gli Assicurati con la qualifica di figlio, soltanto nel caso in cui sia stata attivata la relativa estensione opzionale.

In caso di Invalidità Permanente totale:

- Indennità forfetaria	15.000 €
- Indennità mensile per 4 anni consecutivi	1.000 € al mese

Indennità in caso di Infortunio conseguente ad Aggressione

- Indennità giornaliera in caso di Ricovero 140 €;
- Indennità giornaliera per il post Ricovero 140 €;
- Indennità forfetaria in caso di Frattura 1.000 €;
- Indennità mensile per decesso 3.000 €;
- In caso di Invalidità Permanente totale: Indennità forfetaria 30.000 € e Indennità mensile 2.000 €.

Indennizzi Garanzie di Assistenza:**Consulenza medica**

Illimitato

Invio di un medico e/o ambulanza in caso di Urgenza

Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, purché autorizzate dalla Centrale Operativa, fino al Massimale di 120 €

Assistenza notturna durante il Ricovero

40 € per ora e per Sinistro, max 8 h lavorative

Assistenza post Ricovero e in caso di Non Autosufficienza:

- Infermiere a domicilio - 40 € per ora e per Sinistro, max 8 h lavorative
- Fisioterapista a domicilio - 55 € per ora e per Sinistro, max 5 h lavorative
- Invio spesa a domicilio - 2 buste per richiesta, max 4 volte per Sinistro

La polizza comprende tra gli Infortuni:

- ✓ Asfissia meccanica
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, purché l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi, 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 aerei in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. Sono inoltre inclusi gli infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente
- ✓ Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale 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 non ricollegabili alle tipologie elencate nella Sezione "Che cosa non è assicurato?"

**Che cosa non è assicurato?**

Rischi esclusi	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto indicato nella Sezione “Che cosa è assicurato?” ✗ Infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche
	<ul style="list-style-type: none"> ✗ Infortuni derivanti da autolesionismo, suicidio, delitti dolosi compiuti o tentati dall’Assicurato ed atti temerari, ad eccezione degli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci e dall’uso di stupefacenti e/o allucinogeni ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante ✗ Infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività: kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio, 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), 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 ✗ Infortuni derivanti da sport comportanti l’uso di veicoli e di natanti a motore ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o comportante remunerazione su base contrattuale, sia diretta che indiretta ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti le tipologie di sport sopra elencate e fatto salvo quanto indicato nella Sezione “Che cosa è assicurato?” ✗ Infortuni derivanti dall’uso e dalla guida di mezzi di locomozione subacquee ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub del Contraente o dell’Assicurato, in qualità di pilota o membro dell’equipaggio su qualsiasi velivolo ✗ Ricoveri in stabilimenti termali e/o in istituti di cura non rispondenti alle caratteristiche di cui alla definizione di istituto di cura indicata in polizza ✗ Ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) ✗ Ricoveri correlati a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico ✗ Cure dentarie, cure fisioterapiche, cure del sonno, anomalie congenite e alterazioni da esse determinate o derivate ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio



Ci sono limiti di copertura?

- ! L’Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell’Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! Non sono assicurabili le persone fisiche, le persone giuridiche e determinati tipi di attività connesse ai seguenti Paesi: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l’Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro:

- Fornire all’Impresa ogni informazione e documentazione necessaria alla corretta gestione del sinistro ed ogni altra informazione e/o documentazione indicata in polizza
- L’elenco completo dei documenti da fornire all’Impresa è contenuto nelle Condizioni di Assicurazione in relazione a ogni specifica garanzia

Assistenza diretta/in convenzione: Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di assistenza l’Impresa si avvale della Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A., quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge.

Gestione da parte di altre imprese: A seconda della tipologia di evento o della complessità del sinistro, la relativa pratica potrà essere gestita o direttamente dall’Impresa o da Società terze regolarmente incaricate.

	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 Codice Civile.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	<ul style="list-style-type: none"> - La polizza prevede che, verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al sinistro, l'Impresa provvede al pagamento dell'indennizzo all'Assicurato entro 30 giorni - 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 dall'Impresa e/o dall'Intermediario abilitato - In caso di adesione alla polizza per il tramite dell'Intermediario abilitato, esso informa il Contraente in merito al suo diritto di scegliere e modificare in qualsiasi momento, con eventuali oneri connessi alla stampa, la modalità di ricezione e trasmissione dei documenti precontrattuali e contrattuali, purché su supporto durevole e fermo il diritto del Contraente di richiedere la trasmissione di tali documenti su supporto cartaceo



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge - Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio e delle somme assicurate - Il Contraente può attivare in qualsiasi momento la copertura inclusiva della garanzia Indennità per decesso nei confronti del/dei figlio/i assicurato/i, comunicando la sua scelta all'Impresa nelle modalità indicate in polizza - Il premio è determinato in base alle persone assicurate come di seguito indicato: 															
Unità di premio (importo corrispondente ad un mese di copertura)																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Contraente assicurato</th> <th>Contraente non assicurato</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Contraente</td> <td style="text-align: center;">21,50 €</td> <td style="text-align: center;">—</td> </tr> <tr> <td>Coniuge</td> <td style="text-align: center;">20,50 €</td> <td style="text-align: center;">21,50 €</td> </tr> <tr> <td>Ciascun figlio senza garanzia Indennità per decesso</td> <td style="text-align: center;">14,50 €</td> <td style="text-align: center;">14,50 €</td> </tr> <tr> <td>Ciascun figlio con garanzia Indennità per decesso</td> <td></td> <td style="text-align: center;">21,50 €</td> </tr> </tbody> </table>		Contraente assicurato	Contraente non assicurato	Contraente	21,50 €	—	Coniuge	20,50 €	21,50 €	Ciascun figlio senza garanzia Indennità per decesso	14,50 €	14,50 €	Ciascun figlio con garanzia Indennità per decesso		21,50 €
	Contraente assicurato	Contraente non assicurato														
Contraente	21,50 €	—														
Coniuge	20,50 €	21,50 €														
Ciascun figlio senza garanzia Indennità per decesso	14,50 €	14,50 €														
Ciascun figlio con garanzia Indennità per decesso		21,50 €														
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di recesso sarà restituito il premio di polizza già pagato, senza l'applicazione di alcuna penale 															



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<ul style="list-style-type: none"> - Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	La polizza non prevede casi, oltre il diritto di recesso entro 60 gg dalla stipula e la disdetta in corso di contratto, in cui il Contraente o l'Assicurato possano risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche residenti in Italia di età non superiore a 70 anni compiuti intermediati da Agos Ducato.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli intermediari può variare in funzione del canale di distribuzione. Per questa tipologia di prodotti gli intermediari percepiscono una commissione media pari orientativamente al 21%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf . In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en .

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	La polizza contiene la disposizione secondo cui, in caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, con scrittura privata, ad un collegio di tre medici a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÈ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Programma Infortuni Agos Plus

Contratto di Assicurazione e di Assistenza contro gli Infortuni

Redatto secondo le linee guida del Tavolo Tecnico tra ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari di cui alla Lettera al Mercato IVASS del 14/03/2018

CHUBB®

I Nostri Contatti

Per **parlare con noi**, può chiamare il nostro numero verde unico, gratuito dall'Italia:



dall'estero 0039 06 42115 822 (al costo previsto dal piano tariffario dell'operatore telefonico utilizzato)

attivo nei seguenti orari:

- Per ottenere servizi e prestazioni di assistenza
24 ore su 24, 7 giorni su 7
- Per ottenere informazioni sulla Polizza, per comunicare variazioni anagrafiche, per includere o escludere altri assicurati o per denunciare un sinistro

dal lunedì al venerdì (dalle 9 alle 18) e il sabato (dalle 9 alle 13) - esclusi i giorni festivi

Può SCRIVERCI o inviare il Certificato Personale di Assicurazione firmato alternativamente a:

via posta: Chubb European Group SE Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano

via fax: +39-02 27095581

via email: servizioclienti.chubb@chubb.com

I contenuti di questo documento sono aggiornati ai sensi di legge e, comunque, con cadenza di almeno 12 mesi. La versione aggiornata del documento è pubblicata sul sito internet dell'Assicuratore.

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO	3
L'Assicuratore.....	3
L'Intermediario	3
Il Prodotto	3
SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA	4
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	9
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente.....	9
Articolo 2 - Determinazione del Premio di assicurazione	9
Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione.....	10
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso.....	10
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta.....	10
Articolo 6 - Altre assicurazioni.....	11
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa	11
Articolo 8 - Foro competente	11
Articolo 9 - Oneri fiscali	11
Articolo 10 - Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge.....	11
SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	12
Articolo 11 - Oggetto dell'assicurazione	12
Articolo 12 - Persone assicurabili.....	13
Articolo 13 - Infortuni coperti dalla Polizza.....	13
Articolo 14 - Indennità in caso di Ricovero	14
Articolo 15 - Indennità per il post Ricovero.....	14
Articolo 16 - Indennità in caso di Frattura	14
Articolo 17 - Indennità per decesso.....	14
Articolo 18 - Morte presunta.....	15
Articolo 19 - Invalidità Permanente totale a seguito di Infortunio	15
Articolo 20 - Cumulo di Indennità.....	15
Articolo 21 - Raddoppio degli Indennizzi per Aggressione	15
Articolo 22 - Assistenza connessa all'Infortunio	15
Articolo 23 - Centrale Operativa	16
23.1) - Consulenza medica	16
23.2) - Invio di un medico e/o ambulanza in caso di Urgenza.....	16
Articolo 24 - Assistenza notturna durante il Ricovero	17
Articolo 25 - Assistenza post Ricovero e in caso di Non Autosufficienza	17
25.1) - Infermiere a domicilio	17
25.2) - Fisioterapista a domicilio	17
25.3) - Invio spesa a domicilio	17
25.4) - Precisazioni.....	17
SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.....	19
Articolo 26 - Persone non assicurabili e limiti di età	19
Articolo 27 - Aggravamento del Rischio	19
Articolo 28 - Esclusioni generali.....	19
Articolo 29 - Criteri di indennizzabilità.....	20
SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO	21
Articolo 30 - Adempimenti in caso di Sinistro	21
30.1) – Denuncia di Sinistro Infortuni	21
30.2) – Denuncia di Sinistro Assistenza.....	21
Articolo 31 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro	21
Articolo 32 - Pagamento dell'Indennizzo	21

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

L'Assicuratore

Chubb è la più grande compagnia assicurativa danni al mondo per capitalizzazione quotata in borsa. Opera in 54 Paesi e offre, a livello globale, soluzioni assicurative a imprese di ogni dimensione, a professionisti e famiglie. Opera nel Property & Casualty (P&C) e nell'Accident & Health (A&H), con prodotti sia personalizzati sia standardizzati, attraverso una pluralità di canali. L'elevata capacità sottoscrittiva e l'attenzione al servizio ci sono riconosciuti dal mercato, soprattutto riguardo l'equità e la tempestività con cui gestiamo i sinistri. Grazie al nostro lavoro accurato, alla passione che ci mettiamo e a decenni di esperienza, realizziamo e forniamo le migliori coperture assicurative a individui e famiglie, nonché alle imprese di ogni dimensione. Disponiamo di una gamma di prodotti ampia, anche specialistici e innovativi in quanto centrati sui rischi emergenti. Abbiamo una visione globale del business e un'attenzione alle singole specificità locali in ciascuno dei territori in cui operiamo. Serviamo clienti individuali e famiglie, con una specializzazione nel segmento "private" dove elevate sono le esigenze di protezione del patrimonio. Allo stesso modo serviamo imprese di ogni dimensione, anche multinazionali dove, in forza del nostro network che ci consente di operare in circa 200 Paesi, siamo in grado di soddisfare le esigenze più complesse e sofisticate. Siamo infine tra gli attori protagonisti nel realizzare programmi affinity, dove è interesse del partner predisporre e offrire servizi assicurativi distintivi e specifici. Le principali società assicurative del Gruppo Chubb si caratterizzano per una forte solidità finanziaria, con un rating AA da Standard & Poor's e A++ da A.M. Best. Chubb Limited, l'Assicuratore capogruppo di Chubb, è quotata alla borsa valori di New York (NYSE: CB) e fa parte dell'indice S&P 500. Chubb Limited ha sede legale a Zurigo, mentre le società del Gruppo hanno centinaia di uffici nel mondo e impiegano circa 31.000 persone.

L'Intermediario

Agos Ducato S.p.A.

Per storia, esperienza e numeri, Agos dal 1986 è una società leader nel mercato del credito ai consumatori in Italia. Il capitale azionario fa capo a due grandi Gruppi Bancari: Crédit Agricole, attraverso Crédit Agricole Consumer Finance, e Banco BPM. Agos conta, ad oggi, 9 milioni di clienti. Attraverso una rete distributiva di circa 230 unità commerciali e migliaia di punti vendita convenzionati in tutti i settori merceologici, ogni 10 secondi in Italia viene chiesto un finanziamento ad Agos.

Il Prodotto

Il Programma Infortuni Agos Plus è la polizza assicurativa, appositamente pensata per i Clienti Agos, che offre una copertura contro gli inconvenienti e i disagi derivanti da un infortunio. Vivere bene vuol dire sentirsi protetti in ogni momento: il Programma Infortuni Agos Plus è una risposta sicura per far fronte ad ogni difficoltà.

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, dal momento del primo contatto commerciale e prima dell'adesione ha acquisito dal Contraente ogni informazione utile a identificare le sue richieste ed esigenze per valutare l'adeguatezza del contratto offerto e ha fornito le informazioni oggettive sul prodotto assicurativo in una forma comprensibile, al fine di consentirgli di prendere una decisione informata, verificando che il contratto proposto sia coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente. L'Intermediario ha raccolto la dichiarazione del Contraente di:

- a. non possedere coperture analoghe a quelle previste dal presente Contratto di Assicurazione o comunque di essere interessato ad incrementare il proprio livello di protezione;
- b. non avere interesse ad una copertura in riferimento alla pratica di sport pericolosi, quali a titolo di esempio: paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei in genere, ecc., fatto che comporterebbe l'esclusione dalla copertura degli eventi derivanti dalla pratica di quanto indicato;
- c. non avere interesse ad una copertura in riferimento ad infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo di armi da fuoco e/o da sparo.

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo (o a cui si fa riferimento nel relativo Set Informativo), assumono il seguente significato:

A

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

Aggravamento del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali danni conseguenti al suo verificarsi.

Aggressione: l'attacco fisico improvviso e violento ai danni dell'Assicurato.

Arbitrato: il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra il Contraente o l'Assicurato e l'Assicuratore. Tale procedimento può essere previsto dai contratti di assicurazione.

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione. Tale persona può anche non coincidere con chi paga il premio (il Contraente) ed essere da quest'ultimo indicata.

Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione Assistenza: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto, in denaro o in natura (servizio), nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assicurazione Infortuni: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un infortunio.

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

B

Beneficiario: la persona fisica designata in polizza dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal contratto di assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.

C

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

Centrale Operativa: l'organizzazione di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, 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 dell'Assicuratore, le prestazioni di assistenza previste dal presente contratto di assicurazione.

Certificato Personale di Assicurazione: il documento emesso dall'Assicuratore ed intestato al Contraente, che prova la copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante della polizza.

Commissioni/Costi di Intermediazione: il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

Conclusione del Contratto: il momento in cui l'assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire al presente Contratto di assicurazione.

Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

Coniuge: il coniuge del Contraente, per matrimonio o unione civile, o il convivente more uxorio.

Consumatore: qualsiasi persona fisica, residente nel territorio dell'Unione Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente: la persona fisica maggiorenne e residente in Italia alla quale è intestato il Certificato Personale di Assicurazione e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

Contratto di Assicurazione: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente e con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.

D

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

Data di Adesione: le ore 24 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire alla presente polizza e a partire dalla quale il contratto di assicurazione ha piena efficacia, vale a dire l'Assicuratore si impegna a garantire le prestazioni assicurate, a patto che il Contraente paghi almeno la prima Unità di Premio. La data è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Dati Personali: le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.

Denuncia di Sinistro: la comunicazione 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 da parte dell'Assicuratore di una somma di denaro, per ogni giorno d'inabilità temporanea, oppure per ogni giorno di ricovero in istituti di cura, in conseguenza di infortunio o malattia.

Dichiarazioni Precontrattuali: le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula 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 successivo 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: il diritto del Contraente di recedere dal contratto di assicurazione e farne cessare gli effetti annullando l'assicurazione dalla Data di Effetto.

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 interrompere il contratto di assicurazione.

Durata del Contratto: il periodo di tempo per il quale l'assicurazione è efficace, a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente. Tale periodo può prevedere una carenza, espressamente indicata in polizza qualora operante.

E

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

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

F

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La franchigia si dice "**Absoluta**" quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito. La franchigia si dice invece "**Relativa**" quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito: se il danno è inferiore o uguale all'importo della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.

Caso d):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede uno scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

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

Frequenza di Pagamento: la frequenza con la quale il Contraente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Si specifica che in questo tipo di polizza il premio è sempre ricorrente (periodico) e non è mai unico (versato in un'unica soluzione).

G

Giorno di 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.

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.

Inabilità Temporanea: l'incapacità fisica, totale o parziale e per una durata limitata nel tempo, a svolgere le proprie mansioni lavorative.

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore 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: l'Intermediario assicurativo, Agos Ducato S.p.A., iscritto alla sezione D del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) in data 05/10/2007, n° D000200619, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente contratto di assicurazione.

Invalidità Permanente: 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.

Istituto di Cura: l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano per garantirne la stabilità, il buon funzionamento e per tutelare il consumatore.

L

Legge: qualsiasi testo normativo vigente e riconosciuto in base all'ordinamento giuridico applicabile.

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

M

Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

N

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

P

Perito: il libero professionista che può essere incaricato di valutare la natura e stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è di norma un medico legale incaricato della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.

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

Prestazioni Assicurate: l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.

Principio Indennitario: principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. 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 una fonte di guadagno.

Q

Questionario Anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'Assicuratore può chiedere al Contraente di compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute e alle precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilire le condizioni di assicurazione.

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

R

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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.

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 che abbia comportato almeno un pernottamento. **Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.**

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

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

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

S

Servizio Clienti: struttura presso l'Assicuratore attraverso la quale l'Assicurato assume il primo contatto con l'Assicuratore stesso in caso di sinistro o per qualsiasi esigenza inerente al contratto.

Set Informativo: l'insieme dei documenti che costituiscono l'informativa precontrattuale che vengono consegnati al Contraente (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e, ove previsto, Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

Sottolimito: l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del Massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.

Surroga: la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

T

Tabella INAIL: la Tabella di Legge per i casi di invalidità permanente annessa al Testo Unico sull'assicurazione obbligatoria, approvata con D.P.R. del 30/6/1965, n. 1124.

U

Unità di Premio: l'importo corrispondente a 1 mese di copertura assicurativa, comprensivo delle imposte applicabili.

Urgenza: una alterazione ordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio qualora, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, sia tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, ha acquisito dal Contraente prima dell'Adesione ogni informazione utile ad identificare le sue richieste ed esigenze assicurative, al fine di valutarne la coerenza rispetto al contratto offerto. L'Intermediario ha presentato il prodotto assicurativo al Contraente in una forma comprensibile fornendo informazioni oggettive al fine di consentirgli di prendere una decisione informata. Inoltre, l'Intermediario ha accertato che il Contraente fosse consapevole delle seguenti principali caratteristiche ed Esclusioni della copertura assicurativa prestata dal presente Contratto di Assicurazione:

- a. essa è cumulabile con altre coperture analoghe che l'Assicurato dovesse possedere;
- b. essa esclude gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali a titolo d'esempio: 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;
- c. essa esclude gli Infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo da parte dell'Assicurato di armi da fuoco e/o da sparo.

****Avvertenza****

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tali dichiarazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del Contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, l'Assicuratore avrà diritto ai Premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 del Codice Civile;

- non sono causa di annullamento del Contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, l'Assicuratore potrà recedere dal Contratto, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che l'Assicuratore abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 del Codice Civile.

Articolo 2 - Determinazione del Premio di assicurazione

Il Premio di assicurazione è pari ad una Unità di Premio – cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa comprensivo delle Imposte applicabili o a un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile, trimestrale, semestrale o annuale) – ed è determinato in base alle persone indicate come Assicurati nel Certificato Personale di Assicurazione, come riportato nella "Tabella del Premio" presente nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo"). Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione.

Il Contraente, se lo desidera, ha la possibilità di estendere la copertura assicurativa della garanzia "Indennità per decesso" nei confronti del/dei figlio/i, comunicando in qualsiasi momento la sua scelta all'Assicuratore secondo le modalità indicate a pagina 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI". A partire dalla data indicata dal Contraente, l'Assicuratore provvederà ad adeguare il Premio come indicato nella "Tabella del Premio" presente nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" (DIP Aggiuntivo).

Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio di assicurazione a decorrere dalla Data di Conclusione del Contratto, mediante addebito automatico su una carta di credito di cui 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 tempestivamente all'Assicuratore le modifiche da apportare per il corretto addebito del Premio. 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 (vale a dire la sospensione della copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno del pagamento), mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.

Resta inteso che la prima Unità di Premio, pari a 1 mese di copertura assicurativa dalla data di Conclusione del Contratto, è a carico dell'Assicuratore. Il Contraente non è tenuto a corrisponderla all'Assicuratore, a condizione che nei tempi dovuti effettui il pagamento della prima unità di Premio a suo carico. Il mancato pagamento della prima unità di Premio a carico del Contraente dopo il godimento del primo mese di copertura a carico dell'Assicuratore comporta retroattivamente il venir meno della copertura assicurativa fin dalla data di Conclusione del contratto. In tal caso i Sinistri verificatisi nel primo mese di copertura non daranno luogo all'erogazione dei servizi assicurativi previsti dal Contratto.

Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso

Il Contratto di Assicurazione si intende concluso e perfezionato nel momento in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire alla presente Polizza.

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalla mezzanotte della data di Conclusione del Contratto: da tale momento l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto della presente Polizza, tranne per le prestazioni soggette a carenza, riportate nella SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Contraente - richiesta in conformità alla vigente normativa nel quadro dell'art. 1888 del Codice Civile e della Legge applicabile - ha una finalità esclusivamente probatoria, pertanto 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 nella presente Sezione.

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro i 60 giorni successivi alla data di Conclusione del Contratto (riportata sul Certificato Personale di Assicurazione), comunicando all'Assicuratore la sua volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata A/R;
- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In tal caso il Contratto sarà automaticamente annullato dalla data di Conclusione del Contratto e l'Assicuratore rimborserà al Contraente l'eventuale Premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Esempio del funzionamento del Diritto di Recesso:

Il Contraente aderisce il giorno 15 aprile 2020. La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno. Entro le ore 24 del 14 giugno 2020, il Contraente potrà annullare il Contratto e liberarsi dall'obbligo del pagamento del Premio, purché comunichi la sua volontà di esercitare il Diritto di Recesso.

Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta

Il presente Contratto di Assicurazione, emesso con Durata a tempo indeterminato, salvo quanto previsto al successivo paragrafo, è valido per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla Frequenza di Pagamento del Premio scelta, a partire dalla Data di Conclusione del Contratto.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC, restando inteso che il presente Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il periodo di assicurazione per il quale è già stato corrisposto il Premio. 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.

L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi 5 anni dalla Data di Effetto del Contratto, eccetto nel caso in cui l'Assicuratore decida di interrompere o trasferire la totalità dei contratti assicurativi a cui il presente Contratto di Assicurazione appartiene per tipologia. Dopo i primi 5 anni, l'Assicuratore potrà dare Disdetta in qualsiasi momento. La Disdetta sarà in ogni caso comunicata, a mezzo raccomandata A/R o PEC, almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio.

Tutti i recapiti necessari per comunicare con l'Assicuratore sono riportati a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

Articolo 6 - Altre assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore.

Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa

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

Articolo 8 - Foro competente

In caso di controversie in merito al presente Contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza dell'Assicurato.

Articolo 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente.

Articolo 10 - Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge

Il presente Contratto di Assicurazione è regolato dalla Legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato.

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla Legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati attraverso i canali indicati nella pagina "I Nostri Contatti".

In particolare il Servizio Clienti è punto di contatto di ogni richiesta di informazioni e chiarimento indipendentemente dalla presenza di Sinistri, nell'ottica di agevolare e di applicare in concreto i suddetti principi di chiarezza, trasparenza e semplificazione contrattuale.

SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 11 - Oggetto dell'assicurazione

Il presente Contratto di Assicurazione "Infortuni e Assistenza" garantisce all'Assicurato o ai suoi Beneficiari (per eventi occorsi sia nell'esercizio della attività professionale, sia durante le attività extra-professionali):

- il pagamento di una Indennità forfetaria per ogni Giorno di Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura a seguito di Infortunio;
- il pagamento di una Indennità forfetaria post Ricovero;
- il pagamento di una Indennità forfetaria in caso di Frattura;
- il pagamento di una Indennità mensile, corrisposta (ogni mese) per 4 anni consecutivi, in caso di decesso dell'Assicurato conseguente ad Infortunio;
- il pagamento di una Indennità forfetaria e di una Indennità mensile corrisposta (ogni mese) per 4 anni consecutivi in caso di Invalidità Permanente totale dell'Assicurato (vale a dire i cui postumi siano pari o superiori al 60% della capacità lavorativa generica valutata in base alla Tabella INAIL) causata da Infortunio;
- il raddoppio delle Indennità garantite in caso di Aggressione;
- una Centrale Operativa disponibile 24 ore su 24;
- Assistenza notturna durante il Ricovero;
- Assistenza post Ricovero e in caso di Non Autosufficienza.

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo i Sinistri a seguito di Infortunio verificatisi a partire dalla Data di Adesione. Gli Indennizzi e i Massimali sono riportati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sottostante:

Indennizzi Garanzie Da Infortunio:

Indennità forfetaria garantita in caso di Ricovero	70 € al giorno, max 365 gg
Indennità forfetaria garantita per il post Ricovero	70 € al giorno, max 30 gg
Indennità forfetaria garantita in caso di Frattura	500 €
Indennità mensile, per 4 anni consecutivi, in caso di decesso*:	1.500 € al mese
*garanzia operante per gli Assicurati con la qualifica di figlio, soltanto nel caso in cui sia stata attivata la relativa estensione opzionale.	
In caso di Invalidità Permanente totale:	
- Indennità forfetaria	15.000 €
- Indennità mensile per 4 anni consecutivi	1.000 € al mese
Indennità in caso di Infortunio conseguente ad Aggressione	- Indennità forfetaria in caso di Ricovero 140 € al giorno; - Indennità forfetaria per il post Ricovero 140 € al giorno;

- Indennità forfetaria in caso di Frattura 1.000 €;
- Indennità mensile per decesso 3.000 €;
- In caso di Invalidità Permanente totale: Indennità forfetaria 30.000 € e Indennità mensile 2.000 €.

Indennizzi Garanzie di Assistenza:

Consulenza medica	Illimitato
Invio di un medico e/o ambulanza in caso di Urgenza	Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, purché autorizzate dalla Centrale Operativa, fino al Massimale di 120 €
Assistenza notturna durante il Ricovero	40 € per ora e per Sinistro, max 8 h lavorative
Assistenza post Ricovero e in caso di Non Autosufficienza:	
- Infermiere a domicilio	- 40 € per ora e per Sinistro, max 8 h lavorative
- Fisioterapista a domicilio	- 55 € per ora e per Sinistro, max 5 h lavorative
- Invio spesa a domicilio	- 2 buste per richiesta, max 4 volte per Sinistro

Articolo 12 - Persone assicurabili

Il Contraente può assicurare se stesso e/o altra persona purché di età non superiore a 70 (settanta) anni compiuti al momento dell'inserimento in copertura. Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione. Resta inteso che il Contraente può scegliere di modificare in qualunque momento l'elenco degli Assicurati, comunicando all'Assicuratore la propria volontà secondo le modalità indicate a pagina 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

Si ricorda che in caso di Assicurato 70enne la presente Polizza avrà Durata specifica determinata in massimo 5 anni, essendo prevista come eccezione alla durata indeterminata, l'assicurabilità sino alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Il quinquennio è anche in linea con l'obbligo generale dell'Assicuratore di non dare Disdetta al Contratto di Assicurazione per il periodo minimo di 5 anni.

Articolo 13 - Infortuni coperti dalla Polizza

Si precisa che la definizione di Infortunio riportata nelle "Definizioni di Polizza" comprende anche:

- 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;
- gli Infortuni derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, ma solo per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, e purché 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;
- gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici;

- gli Infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati come passeggero su aerei in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. Sono inoltre inclusi gli Infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- gli 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;
- gli Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie menzionate all'Articolo 28 nella Sezione 4 - DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Articolo 14 - Indennità in caso di Ricovero

Se l'Infortunio rende necessario il Ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, l'Assicuratore, per ogni Giorno di Ricovero, corrisponde l'Indennità forfetaria, indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata, a partire dal primo giorno di Ricovero e con il massimo di 365 giorni per evento.

La liquidazione dell'Indennità dovuta viene effettuata a Ricovero ultimato e su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di Ricovero con la data di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura. Si precisa che il giorno di dimissioni dall'Istituto di Cura non è inteso come Giorno di Ricovero.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 15 - Indennità per il post Ricovero

Al termine del periodo di Ricovero, l'Assicuratore versa all'Assicurato – in aggiunta all'Indennità per Ricovero – l'Indennità forfetaria di post Ricovero indicata nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata, calcolata sulla base dello stesso numero dei giorni indennizzabili per il Ricovero, fino a un massimo di 30 giorni per evento. Tale Indennità è corrisposta anche se all'Assicurato non è stato prescritto alcun periodo di convalescenza post Ricovero.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 16 - Indennità in caso di Frattura

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato riporti una o più Fratture ossee, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità forfetaria garantita, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia subito o meno un Ricovero, dietro presentazione degli esami radiologici effettuati.

Si specifica che, in caso di Fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, l'Assicuratore corrisponderà 1/5 dell'Indennità forfetaria per ogni dito fratturato, fino ad un massimo di 5 dita per evento.

Sono escluse le Fratture patologiche, le Fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura. L'Assicuratore si riserva il diritto di effettuare le indagini e gli accertamenti necessari ai fini di una corretta valutazione del Danno.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 17 - Indennità per decesso

Qualora a seguito di Infortunio, l'Assicurato deceda e purché ciò avvenga entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio si è verificato, l'Assicuratore corrisponde ai Beneficiari designati l'Indennizzo previsto, indicato nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata, che verrà corrisposto mensilmente per 4 anni consecutivi. Qualora l'Assicurato non abbia designato alcun Beneficiario, l'Indennizzo sarà corrisposto agli aventi diritto ai sensi delle disposizioni di Legge applicabili in materia di successioni legittime o testamentarie. L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente Contratto, modificare l'indicazione del Beneficiario, con comunicazione scritta all'Assicuratore.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Si precisa che per gli Assicurati con la qualifica di figlio, la presente garanzia opera esclusivamente qualora ne sia stata attivata la relativa estensione opzionale e ne sia stato pagato il relativo Premio.

Articolo 18 - 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, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari designati l'Indennità assicurata per il caso di morte. In ogni caso la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, secondo quanto previsto dagli Artt. 59, 60, 61, 62 e 63 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento totale o parziale dell'Indennità da parte dell'Assicuratore, risulti che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione dell'Indennizzo pagato. 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 19 - Invalidità Permanente totale a seguito di Infortunio

Se l'Infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente totale, vale a dire i postumi dell'Invalidità Permanente siano pari o superiori al 60% della capacità lavorativa generica valutata in base alla Tabella INAIL, e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida a tale titolo:

- una Indennità forfetaria;
- una Indennità forfetaria mensile per un periodo di 4 anni consecutivi.

Gli importi relativi ai due Indennizzi sono indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" sopra riportata.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Esempio di funzionamento dell'Indennità forfetaria per Invalidità Permanente:

Caso a):

I postumi dell'Invalidità Permanente sono pari o inferiori al 59%: non verrà corrisposta alcuna Indennità.

Caso b):

I postumi dell'Invalidità Permanente sono pari o superiori al 60%: verrà corrisposta l'Indennità forfetaria come se i postumi fossero pari al 100%.

Articolo 20 - Cumulo di Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non ne chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità sia già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, pertanto prima che l'Indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

Articolo 21 - Raddoppio degli Indennizzi per Aggressione

Qualora il Sinistro indennizzabile sia conseguente ad un'Aggressione subita dall'Assicurato, l'Assicuratore garantisce il raddoppio delle Indennità di cui all'Articolo 14 "Indennità in caso di Ricovero", Articolo 15 "Indennità per post Ricovero", Articolo 16 "Indennità in caso di Frattura", Articolo 17 "Indennità per decesso" e Articolo 19 "Invalidità Permanente totale a seguito di Infortunio". Per l'operatività della garanzia, l'Assicurato deve fornire all'Assicuratore copia della denuncia di Aggressione fatta all'Autorità Giudiziaria.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 22 - Assistenza connessa all'Infortunio

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di Assistenza connesse all'Infortunio in copertura, l'Assicuratore si avvale della struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che in virtù di preesistente accordo con l'Assicuratore provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato attraverso la sua Centrale Operativa, a organizzare gli interventi sul posto e a erogare, con costi a carico dell'Assicuratore, le prestazioni di Assistenza previste dal Contratto di Assicurazione.

Articolo 23 - Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio, può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nei successivi articoli, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde riportato a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI". La Centrale Operativa è disponibile 24 ore su 24 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 viene richiamato non appena la Centrale Operativa ha ricevuto le informazioni necessarie e, comunque, entro e non oltre le successive 48 ore. **Resta inteso che gli interventi di Assistenza devono essere predisposti direttamente dalla Centrale Operativa ed essere da questa espressamente autorizzati, pena la perdita 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 della Polizza);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo.

23.1) - Consulenza medica

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di Urgenza conseguente a Infortunio. Il medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato, o da persona terza qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

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

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

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

23.2) - Invio di un medico e/o ambulanza in caso di Urgenza

Qualora, in seguito al primo contatto telefonico di cui al precedente punto 23.1), la Centrale Operativa giudichi necessario e non rinviabile l'intervento di un medico generico sul posto, si provvederà ad inviarne uno convenzionato. In alternativa o in caso di Urgenza, la Centrale Operativa, se lo riterrà necessario, organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza nel centro di primo soccorso idoneo più vicino. Tutti i costi relativi alla presente prestazione sono a carico dell'Assicuratore. **Resta inteso che, in caso di Emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risulti impossibile fornire la presente prestazione, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le eventuali spese sostenute dallo stesso, sempre che tali spese siano previste nelle singole garanzie e preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa, **fino ad un Massimale di 120 Euro**. Le eventuali spese sostenute, purché autorizzate, saranno rimborsate **previa presentazione di validi giustificativi in originale** (fatture, ricevute, notule). Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, l'Assicuratore non è tenuto a fornire Indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

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

Articolo 24 - Assistenza notturna durante il Ricovero

Qualora l'Assicurato, ricoverato presso un Istituto di Cura a seguito di Infortunio, necessiti di assistenza specializzata, la Centrale Operativa provvederà a reperire ed inviare personale infermieristico o socio-assistenziale presso la struttura dove è ricoverato. La ricerca e selezione saranno effettuate in base alla tipologia del problema dell'Assicurato secondo il parere dell'equipe medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante.

Le prestazioni di cui al presente articolo sono erogate senza alcun costo aggiuntivo a carico dell'Assicurato **fino ad un massimo di 8 ore lavorative e per un massimo di 40 Euro per ora e per Sinistro.**

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

Articolo 25 - Assistenza post Ricovero e in caso di Non Autosufficienza

L'Assicurato può richiedere le prestazioni di cui al presente articolo:

- nei 30 giorni successivi alla data di dimissioni da un Istituto di Cura, dopo un Ricovero conseguente ad Infortunio, verificatasi durante la validità del presente Contratto di Assicurazione;
- nei casi di Non Autosufficienza conseguente ad Infortunio (anche senza aver subito Ricovero).

In tal caso, le prestazioni di cui al presente articolo sono prestate entro i limiti ed i Massimali indicati negli articoli di riferimento della Sezione 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Nei casi di cui sopra, qualora l'Assicurato necessiti di Assistenza domiciliare, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare le seguenti prestazioni:

25.1) - Infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), la Centrale Operativa sarà a disposizione per il reperimento e l'invio presso il suo domicilio di un infermiere convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in accordo con il medico curante dell'Assicurato ed in base alla tipologia del problema.

La garanzia è prestata con un preavviso di 2-3 giorni. Per le prestazioni di cui al presente articolo resta a carico dell'Assicuratore il costo della prestazione **fino ad un massimo di 8 ore lavorative e 40 Euro per ora e per Sinistro.**

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

25.2) - Fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di un fisioterapista presso il proprio domicilio, la Centrale Operativa sarà a disposizione per il reperimento e l'invio di un fisioterapista convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in accordo con il medico curante dell'Assicurato ed in base alla tipologia del problema.

Per le prestazioni di cui al presente articolo resta a carico dell'Assicuratore il costo della prestazione **fino ad un massimo di 5 ore lavorative e 55 Euro per ora e per Sinistro.**

Resta inteso che l'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Centrale Operativa.

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

25.3) Invio spesa a domicilio

Qualora sia impossibilitato ad uscire autonomamente, l'Assicurato potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al suo domicilio di generi alimentari o di prima necessità, **con il massimo di 2 buste per richiesta.** La Centrale Operativa provvederà ad inviare un suo collaboratore per il ritiro del denaro e della nota necessaria all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 ore successive in base agli orari di apertura degli esercizi commerciali. **Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. Resta a carico dell'Assicuratore il costo della prestazione per un massimo di 4 volte per Sinistro.**

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

25.4) Precisazioni

A maggior precisazione della relativa definizione, per "Non Autosufficienza" si intende l'impossibilità fisica totale e presumibilmente permanente di compiere, senza l'assistenza di terza persona, almeno 2 delle seguenti attività della vita quotidiana:

1. 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;
2. vestirsi e svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
3. muoversi: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
4. spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
5. andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
6. bere e mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

In ogni caso il medico della Centrale Operativa, se lo riterrà necessario e previa autorizzazione dell'Assicurato, potrà richiedere di valutare lo stato di salute dell'Assicurato anche attraverso l'invio di un medico sul posto o richiedendo l'invio alla Centrale Operativa dei documenti e certificati medici.

SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 26 - Persone non assicurabili e limiti di età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano un'età superiore a 70 anni compiuti. In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale del periodo assicurativo immediatamente successivo al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Inoltre la copertura assicurativa non opera per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.

Articolo 27 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a comunicare all'Assicuratore in forma libera le situazioni che comportano in modo oggettivo l'Aggravamento del Rischio, la sua Diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del Premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale. Le variazioni rilevanti ai fini di questo articolo sono quelle che hanno un'incidenza sulla gravità e sull'intensità del Rischio assicurativo tale da alterare l'equilibrio tra il Rischio stesso e il Premio. Per esempio la variazione della professione svolta comporta una variazione rilevante se il cambiamento incide oggettivamente sul Rischio oggetto dell'assicurazione. La comunicazione potrà avvenire con le modalità che il Contraente e/o l'Assicurato riterranno di adottare in modo di essere in grado di documentare l'avvenuta comunicazione. Tuttavia l'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la notifica scritta di condizioni che possono determinare tali variazioni essendo valida qualsiasi forma di comunicazione.

Si precisa inoltre che, qualora le variazioni indicate all'articolo precedente in merito ad alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate si manifestino nel corso del Contratto di Assicurazione, la copertura assicurativa cessa automaticamente in relazione all'Assicurato affetto da tale condizione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'Indennizzo, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente – ove richiesto – la parte di Premio non goduta, con esclusione delle Imposte applicabili.

Articolo 28 - Esclusioni generali

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni:

- a. derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 13 – Infortuni coperti dalla Polizza;
- b. subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c. derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- d. 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.);
- e. 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;
- f. derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g. derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- h. derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i. derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j. 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;
- k. derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
 - l. derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
 - m. derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
 - n. derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
 - o. derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.

Sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione:

- p. i ricoveri per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico;
- q. i ricoveri, quando siano resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico;
- r. i ricoveri in stabilimenti termali o in istituti di cura che non rispondano alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- s. i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da Sinistro indennizzabile;
- t. i ricoveri correlati a gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
- u. il pronto soccorso non seguito da ricovero;
- v. le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- w. le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche non resi necessari da Infortunio.

****Avvertenza****

L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.

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

Articolo 29 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'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 aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 30 - Adempimenti in caso di Sinistro

30.1) Denuncia di Sinistro Infortuni

In caso di Infortunio, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la Denuncia all'Assicuratore, per il tramite del Servizio Clienti, il cui numero telefonico è riportato a pagina 2 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI", entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. La Denuncia deve indicare luogo, giorno ed ora del Sinistro.

L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei Dati Personali. All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un soggetto incaricato dall'Assicuratore; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultimo.

30.2) Denuncia di Sinistro Assistenza

Per richiedere le prestazioni 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 della Polizza;
- prestazione richiesta;
- indirizzo o recapito anche se temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

Articolo 31 - 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 della presente Polizza.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, 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, tra tre nomi proposti 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 proponente 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.

Articolo 32 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione – ivi compreso l'atto di quietanza debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato, ove necessario - in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni.

Modello AGONPT_0422

Chubb. Insured.SM

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