CHUBB®

AMERICAN EXPRESS®

PROGRAMMA PROTEZIONE INTERVENTO

I Contatti di Chubb European Group

PER PARLARE CON CHUBB EUROPEAN GROUP:

Può CHIAMARCI al nostro Numero Verde unico, gratuito dall'Italia:

dall'estero +39 06 4211 5517 (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** da 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:

- Posta: Chubb European Group - via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano
- E-mail: servizioclienti.chubb@chubb.com
- Fax: +39 02 27095 581

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

Guida alla Consultazione

Il presente documento contiene:

– Documento Informativo Precontrattuale (DIP) pag. 4

– Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo) pag. 6

– Contratto di Assicurazione Infortuni, Malattia e Assistenza
Modello CDA_ NW6434_0720 pag. 11

ASSICURAZIONE INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

CHUBB®

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 Protezione Intervento

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 individuale a copertura degli interventi chirurgici conseguenti a malattia o infortunio subiti dall'Assicurato nell'esercizio della sua attività professionale ed extraprofessionale.
La polizza si rivolge ai titolari di carte di credito American Express, ai loro coniugi o conviventi e ai loro figli.
Possono aderire le persone fisiche residenti in Italia di età non superiore ad anni 65.

Che cosa è assicurato?

✓ In caso di intervento chirurgico in conseguenza di infortunio o malattia dell'Assicurato, viene garantito il pagamento di un indennizzo predefinito

✓ Vengono garantiti specifici servizi di assistenza medica, effettuati da una Centrale Operativa:

✓ consulto medico telefonico d'urgenza disponibile 24 ore su 24;

✓ informazioni su medici specialisti convenzionati, segnalazione di laboratori e centri diagnostici convenzionati, segnalazione di ospedali, cliniche e case di cura private in Italia dove è possibile eseguire l'intervento e prenotazione ricovero.

L'Assicuratore indennizza gli importi predefiniti stabiliti in polizza in base alla classe di intervento chirurgico e al luogo dell'intervento, ovvero se effettuato in struttura privata o a carico, anche parziale, del Servizio Sanitario Nazionale.

Che cosa non è assicurato?

× Interventi chirurgici derivanti da condizioni 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

× Interventi chirurgici e prestazioni mediche finalizzati all'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula della polizza

× Interventi di chirurgia dentale, se non conseguenti a infortunio

× Terapie di mantenimento connesse all'insufficienza renale (dialisi)

× Prestazioni mediche a seguito di nevrosi, malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle esclusioni si rimanda al DIP aggiuntivo.

Ci sono limiti di copertura?

! Per i soli interventi chirurgici conseguenti a malattia dell'Assicurato, l'assicurazione diventa efficace trascorsi 90 giorni dalla data di adesione

! Sono applicabili sottolimiti di indennizzo specifici per ogni garanzia

! Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi collegate

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?

✓ Per gli indennizzi relativi gli interventi chirurgici, la validità è estesa a tutto il Mondo, mentre per l'accesso alle strutture convenzionate la validità è in Italia

✓ Per il servizio di consulenza medica telefonica, la validità è estesa a tutto il Mondo

✓ Per i servizi di informazione sulle strutture convenzionate, la validità è in Italia

Che obblighi ho?

- 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 dei servizi di assistenza, contattare in autonomia la Centrale Operativa e fornire tutte le informazioni richieste

Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato mediante addebito automatico sulla carta American Express intestata al Contraente, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario intestato al Contraente oppure mediante addebito automatico su una carta di credito, comunque intestata al Contraente.

Il premio deve essere pagato in base alla frequenza stabilita in fase di adesione alla polizza (mensile 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, con esclusione delle prestazioni soggette a carenza .

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 70° 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 facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla Data di Effetto del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al numero verde dedicato indicato in polizza autorizzando l'operatore a registrare la richiesta di recesso. 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.

Versione Programma Protezione Intervento - Ultimo aggiornamento 07/2020

ASSICURAZIONE INFORTUNI, MALATTIA E ASSISTENZA

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE
Prodotto: Programma Protezione Intervento
DIP Aggiuntivo realizzato in data: Marzo 2020. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

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

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

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

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato di Chubb European Group SE. Il patrimonio netto di Chubb European Group SE al 31 Dicembre 2018 è pari a £ 2.194.887.680 (€ 2.453.675.912) e comprende il capitale sociale pari a £ 786.119.879 (€ 878.807.343) e le riserve patrimoniali pari a £ 1.408.767.801 (€ 1.574.868.569). Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al 134%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a £ 1.637.382.926 (€ 1.830.438.560) e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a £ 2.193.459.412 (€ 2.452.079.244). Il requisito patrimoniale minimo è pari a £ 494.096.720 (€ 552.353.194). Gli importi in Euro riferiti alle poste di bilancio sopra riportate sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 31 Dicembre 2018 (GBP 1 = € 1,117905). Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito https://www.chubb.com/uk-en/about-us/europe-financial-information.aspx.

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

La polizza prevede, per interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio, diverse classi di intervento con indennizzi predefiniti, oltre ad una serie di prestazioni di assistenza

PRESTAZIONI ASSICURATE	Piano Premium	Piano Standard
Garanzie per intervento chirurgico	Indennizzo massimo per intervento chirurgico a secondo della classe di appartenenza	
Classe 0	€ 35.000	€20.000
Classe 1	€ 25.000	€15.000
Classe 2	€ 12.500	€7.500
Classe 3	€ 10.000	€6.000
Classe 4	€ 6.000	€3.500
Classe 5	€ 4.500	€2.500
Classe 6	€ 3.000	€1.700
Classe 7	€ 2.500	€1.500

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	PRESTAZIONI INCLUSE
Erogate per il tramite della Centrale Operativa	- Consulenza Medica telefonica - Consulenza telefonica con Medici Specialisti - Informazioni su medici, laboratori e centri diagnostici - Organizzazione Ricoveri per intervento chirurgico

La polizza comprende tra gli Infortuni:

- ✓ Asfissia meccanica
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto 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 velivoli in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da Società di traffico regolare e voli su aeromobili militari in regolare traffico civile.
- ✓ Infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte siano esse pubbliche o private per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente
- ✓ Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo
- ✓ Infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove 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

- ✗ Operazioni o procedure mediche che siano preliminari o conseguenti ad un sinistro indennizzabile ai sensi di polizza
- ✗ Interventi di chirurgia plastica o estetica, se non necessari in conseguenza di un intervento indennizzabile
- ✗ Interventi chirurgici conseguenti a maternità, gravidanza, infertilità, fecondazione artificiale e interventi sul nascituro, interventi di interruzione volontaria della gravidanza, salvo quelli che si rendano necessari nel corso di un intervento indennizzabile
- ✗ Interventi relativi alla donazione a terzi di organi o tessuti, ad eccezione dei familiari di primo grado e per i fratelli e sorelle dell'assicurato
- ✗ Interventi per correggere difetti della vista
- ✗ Conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Conseguenze di intossicazione acuta alcoolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Anomalie congenite e alterazioni da essa determinate o derivate
- ✗ Le nevrosi, le malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale
- ✗ 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
- ✗ Infortuni derivanti da autolesionismo; suicidio tentato o consumato; delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari
- ✗ Infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere

Rischi esclusi	✗ 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 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 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 dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione subacquei ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di voli effettuati come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo

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 ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali

! 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 dall'Impresa
	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art.2952 Codice Civile.
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	- La polizza non prevede un termine entro il quale l'Impresa si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato. - 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 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 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

- Il premio riportato nelle Condizioni di Assicurazione è comprensivo di imposta ai sensi di legge
- Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio e delle somme assicurate

UNITÀ DI PREMIO	Piano Premium	Piano Standard
Fascia di età	Importo corrispondente ad un mese di copertura per ciascun Assicurato	
Da 0 a 20 anni	€ 28,00	€ 16,50
Da 21 anni a 40 anni	€ 33,60	€ 20,00
Da 41 anni a 50 anni	€ 43,00	€ 25,50
Da 51 anni a 70 anni	€ 57,00	€ 33,50

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata

- Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
- In merito ai periodi di carenza contrattuale, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Sospensione

La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Risoluzione

La polizza non prevede casi, oltre il diritto di recesso, in cui il Contraente o l'Assicurato possano risolvere il contratto.

A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche di età non superiore a 65 anni compiuti che siano Titolari di Carta di Credito American Express.

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 l'intermediario percepisce una commissione media pari orientativamente al 38%.

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 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.

Contratto di Assicurazione Infortuni, Malattia e Assistenza

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

Modello CDA_NW6434 _0720

CHUBB®

Indice

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO pag.13
L'Assicuratore pag.13
L'Intermediario pag.13
Il Prodotto pag.13
SEZIONE 1 - DEFINIZIONI DI POLIZZA pag.14
SEZIONE 2 - NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE pag.18
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente pag.18
Articolo 2 - Determinazione del Premio di assicurazione pag.19
Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione pag.19
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di recesso pag.19
Articolo 5 - Decorrenza del Contratto pag.20
Articolo 6 - Durata del Contratto. Modalità di disdetta pag.20
Articolo 7 - Altre assicurazioni pag.20
Articolo 8 - Rinuncia al diritto di Rivalsa pag.20
Articolo 9 - Foro competente pag.20
Articolo 10 - Oneri fiscali pag.20
Articolo 11 – Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di legge pag.20
SEZIONE 3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE, SOMME E PRESTAZIONI ASSICURATE pag.20
Articolo 12 - Oggetto dell'assicurazione pag.20
Articolo 13 - Persone assicurabili pag.21
GARANZIE PER INTERVENTO CHIRUGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA pag.21
Articolo 14 – Indennizzo per Intervento chirurgico pag.21
Articolo 15 - Condizioni di indennizzabilità pag.22
Articolo 16 - Infortuni coperti dalla Polizza pag.22
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA pag.22
Articolo 17 - Premessa pag.22
Articolo 18 - Centrale Operativa pag.22
Articolo 19 - Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa pag.23
19.1) - Consulto medico telefonico pag.23
19.2) - Informazioni su medici, laboratori e centri diagnostici pag.23
19.3) – Organizzazione ricoveri per Intervento chirurgico pag.23
19.4) - Intervento chirurgico presso struttura convenzionata pag.23
19.5) – Intervento chirurgico presso struttura non convenzionata pag.23
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI pag.24
Articolo 20 – Persone non assicurabili e limiti di età pag.24
Articolo 21 - Aggravamento del Rischio pag.24
Articolo 22 – Patologie preesistenti pag.24
Articolo 23 - Periodo di carenza pag.24
Articolo 24 - Esclusioni pag.24
24.1 – Esclusioni specifiche pag.24
24.2 – Esclusioni generali pag.25
SEZIONE 5 - DENUNCIA DI SINISTRO pag.25
Articolo 25 – Adempimenti in caso di Sinistro pag.25
25.1) Denuncia di Sinistro relativo ad un Intervento chirurgico pag.25
25.2) Richiesta di Prestazioni di assistenza pag.26
Articolo 26 – Prova pag.26
Articolo 27 - Gestione dei Sinistri - Controversie in caso di Sinistro pag.26
Articolo 28 – Pagamento dell'Indennizzo pag.26

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, nei diversi uffici e sedi nel mondo, impiegano circa 31.000 persone.

L'Intermediario

Amex Agenzia Assicurativa S.r.l. è una società del gruppo American Express con Sede Legale in Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15 - 00148 Roma PEC: amexagenziaassicurativa@legalmail.it

Regolarmente iscritto nel Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) alla sez. A n. A000162575, sottoposto alla vigilanza dell'IVASS - via del Quirinale 21 Roma, www.ivass.it - svolge un'attività di intermediazione assicurativa per conto delle compagnie di assicurazione partner, dedicando un costante impegno nel fornire un servizio completo e trasparente.

Il Prodotto

Il Programma Protezione Intervento è stato creato dalla Compagnia Chubb European Group, partner assicurativo globale di American Express, in esclusiva per i Titolari di Carta American Express.

Il Programma Protezione Intervento offre una serie di indennizzi predefiniti e indipendenti da eventuali spese per affrontare gli interventi chirurgici conseguenti a malattia o infortunio subiti dall'Assicurato, valida sia per il Titolare di carta American Express che per i suoi familiari.

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, al 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 fosse coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente.

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo, 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.

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

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 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.

Assicurazione malattia: l'assicurazione con la quale l'assicuratore si impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a una Malattia.

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.

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.

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

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 ad aderire al 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.

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.

Decorrenza del Contratto: la data e l'ora a partire dalla quale l'Assicuratore si impegna a garantire le prestazioni assicurate, La data è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.

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, esercitabile entro 30 giorni dalla Conclusione del Contratto.

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

Elenco degli interventi coperti: l'elenco di interventi chirurgici classificati per tipologia e che riporta, per ciascun intervento coperto, in relazione alla sua complessità, la classe di indennizzo garantito pagabile dall'Assicuratore, che forma parte integrante del presente Contratto di Assicurazione.

Emergenza: un'alterazione straordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza a un infortunio o a malattia improvvisa, 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.

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

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

F

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

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 "Assoluta" 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.

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, Amex Agenzia Assicurativa S.r.l., iscritto alla sezione A, n. A000162575 del R.U.I (Registro Unico degli Intermediari Assicurativi), regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente contratto di assicurazione.

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

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica.

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

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente a infortunio.

Malattia professionale: ogni malattia contratta nell'esercizio e a causa della lavorazione alla quale è adibito il lavoratore.

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.

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 assicurate 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 Conclusione del Contratto.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento.

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 (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e, ove previsto, Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

Sottolimite: 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.

Struttura sanitaria convenzionata: l'Istituto di cura convenzionato che accetta il pagamento diretto, anche parziale, da parte dell'assicuratore delle spese mediche relative all'intervento chirurgico.

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

U

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

Urgenza: una alterazione ordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio o di una malattia e 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, 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 fosse coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente.
L'Intermediario ha raccolto la dichiarazione del Contraente:
a) Di avere chiari i concetti di "Garanzia", "Massimale" ed "Esclusione";
b) Di essere residente in Italia e di essere maggiorenne e non aver ancora compiuto 65 anni;
c) Di essere interessato ad una protezione assicurativa che tuteli il Contraente, ed eventualmente la sua famiglia, dagli infortuni con indennizzi forfettari e predefiniti in caso di ricovero o frattura, e che offre una serie di prestazioni di assistenza in caso di piccoli infortuni anche senza ricovero o frattura
d) Di non avere altre coperture analoghe oppure se le avesse, di essere comunque interessato ad aumentare il suo livello di protezione.
e) Che il prodotto che è stato proposto corrisponde alle sue esigenze assicurative e che durata/garanzie/esclusioni, indennizzi forfettari, sono adeguati alle sue esigenze assicurative.

Avvertenza
Amex Agenzia Assicurativa colloca direttamente i prodotti su mandato di Chubb.
Chubb non effettua alcuna verifica in merito all'adeguatezza del contratto, in quanto in carico all'intermediario.

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 stesso, 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 a una Unità di Premio - cioè l'importo corrispondente ad 1 mese di copertura assicurativa comprensivo delle Imposte applicabili o a un multiplo di essa in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile o annuale) e alle persone indicate come Assicurati nel Certificato Personale di Assicurazione.
Il Premio è determinato dal Piano scelto, riportato sul Certificato di Assicurazione, e dall'età dell'Assicurato e varia al variare dell'età dell'Assicurato stesso, come riportato nella tabella sottostante.
La variazione del Premio conseguente al passaggio dell'Assicurato da una fascia di età alla seguente, sarà applicata dalla prima Ricorrenza Annuale della polizza successiva al passaggio di età.

UNITÀ DI PREMIO Importo corrispondente ad un mese di copertura per ciascun Assicurato		
Unità di Premio per Anno	**Piano Premium**	**Piano Standard**
Primi 12 mesi	**€ 28,00**	**€ 16,50**
Da 21 anni a 40 anni	**€ 33,60**	**€ 20,00**
Da 41 anni a 50 anni	**€ 43,00**	**€ 25,50**
Da 51 anni a 70 anni	**€ 57,00**	**€ 33,50**

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

Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio di assicurazione a decorrere dal giorno della Conclusione del Contratto, con la frequenza scelta, mediante addebito automatico su una Carta di Credito American Express della quale è Titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato o tramite addebito automatico su una carta di credito comunque intestata al Contraente.
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 fino alle ore 24 del giorno di 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.

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.
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 30 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 dedicato, 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.

Articolo 5 - Decorrenza del Contratto
Il Contratto 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, eccetto per le prestazioni soggette a Carenza.

Articolo 6 - 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.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o tramite PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com, restando inteso che il 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 Conclusione 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 A/R o tramite PEC dall'indirizzo italy@pec.chubb.com, con preavviso di 30 giorni prima della scadenza del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio.

Articolo 7 - 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 8 - 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 del Sinistro.

Articolo 9 - Foro competente
In caso di controversie in merito al presente Contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza dell'Assicurato.

Articolo 10 - Oneri fiscali
Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente.

Articolo 11 – 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 (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso i canali indicati nella pagina "I contatti di Chubb European Group".
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, SOMME E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 12 - Oggetto dell'assicurazione
Il presente Contratto di Assicurazione "Infortuni, Malattia e Assistenza" garantisce all'Assicurato:
- il pagamento di un Indennizzo predefinito in caso di Intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia, a seconda del piano assicurativo scelto, della classe di appartenenza e della struttura dove viene effettuato l'intervento;
- una serie di prestazioni di assistenza disponibili 24 ore su 24.

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo i Sinistri verificatisi a partire dalla data di Conclusione del Contratto, con esclusione di quelli per malattia che sono soggetti a specifica Carenza.

Gli Indennizzi per Classe di Intervento chirurgico, sono riportati nella tabella sottostante.

PRESTAZIONI ASSICURATE	**Indennizzo per intervento chirurgico a seconda della classe di appartenenza**	
Garanzie per intervento chirurgico (Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione)	**Piano Premium**	**Piano Standard**
Primi 12 mesi	**€ 35.000**	**€ 20.000**
Classe 1	**€ 25.000**	**€ 15.000**
Classe 2	**€ 12.500**	**€ 7.500**
Classe 3	**€ 10.000**	**€ 6.000**
Classe 4	**€ 6.000**	**€ 3.500**
Classe 5	**€ 4.500**	**€ 2.500**
Classe 6	**€ 3.000**	**€ 1.700**
Classe 7	**€ 2.500**	**€ 1.500**
Prestazioni di assistenza (Artt. 19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5 delle Condizioni di Assicurazione)	**Prestazioni incluse**	
Erogate per il tramite della Centrale Operativa	- Consulenza Medica - Consulenza con Medici Specialisti - Informazioni su medici, laboratori e centri diagnostici - Organizzazione Ricoveri per intervento chirurgico	

Articolo 13 - Persone assicurabili

Il Contraente può assicurare sé stesso, il Coniuge, i figli e/o altra persona non appartenenti al nucleo familiare del Contraente, purché di età inferiore a 65 anni di età al momento dell'inserimento in copertura e residenti in Italia.
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 nella pagina intitolata "I Contatti di Chubb European Group".

GARANZIE PER INTERVENTO CHIRUGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA

Articolo 14 – Indennizzo per Intervento chirurgico

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad uno degli Interventi chirurgici – causati da Infortunio o Malattia – riportati nell'"Elenco degli interventi coperti", l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'Indennizzo forfetario corrispondente alla classe di appartenenza dell'Intervento chirurgico, alle seguenti modalità:

- in caso di intervento presso una Struttura sanitaria privata convenzionata:
  l'Assicuratore versa direttamente alla struttura l'Indennizzo previsto. Qualora il totale delle spese sostenute fosse inferiore all'Indennizzo previsto per l'Intervento, viene corrisposta all'Assicurato la differenza fino al raggiungimento dell'intero Indennizzo previsto;
- in caso di Intervento presso una struttura sanitaria privata non convenzionata:
  l'Assicuratore corrisponde direttamente all'Assicurato l'intero indennizzo previsto;
- in caso di intervento in Italia presso una struttura sanitaria con costi a carico parziale o totale del sistema sanitario nazionale: anche se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, l'Assicuratore riconosce comunque all'Assicurato una somma pari al 50% dell'Indennizzo previsto per l'Intervento subito;
- in caso di più Interventi per la medesima patologia:
  a) se effettuati durante lo stesso ricovero, l'Assicuratore corrisponde solo l'importo relativo all'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti;

b) se effettuati in più ricoveri, distanti fra loro meno di 30 giorni, l'Assicuratore corrisponde un solo importo, calcolato nella misura del 150% dell'indennizzo previsto per l'Intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti.

c) se effettuati in più ricoveri, distanti fra di loro oltre 30 giorni, l'Assicuratore corrisponde 2 separati Indennizzi.

Articolo 15 - Condizioni di indennizzabilità

L'indennizzo per l'intervento chirurgico è corrisposto all'Assicurato a condizione che:

- sia esplicitamente incluso nell'"Elenco degli interventi coperti";
- sia stato giudicato necessario da un medico specialista;
- venga effettuato in un Istituto di cura autorizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie secondo le disposizioni di legge

Articolo 16 - Infortuni coperti dalla Polizza

Si precisa che, oltre agli Infortuni inclusi nella definizione di Infortunio riportata nelle "Definizioni di Polizza", sono considerati tali 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,
- gli 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, 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;
- 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 menzionati nella Sezione 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 17 - Premessa

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di Assistenza , 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.

Articolo 18 - Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio, può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nel successivo articolo, contattando telefonicamente la Centrale Operativa Medica al Numero Verde riportato alla pagina intitolata "I Contatti di Chubb European Group".

La Centrale Operativa Medica mette a disposizione dell'Assicurato un servizio medico, composto da un Coordinatore Medico Responsabile e da un'équipe di persone qualificate e specializzate, disponibili 24 ore su 24.

Per richiedere le prestazioni, 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;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

Articolo 19 - Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa

19.1) - Consulto medico telefonico

In caso di necessità, sia per Malattia che Infortunio, l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa 24 ore su 24 ed ottenere i seguenti servizi senza costi aggiuntivi:

- organizzazione di un consulto medico telefonico in caso di Urgenza;
- organizzazione di consulti con medici specialisti.

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

19.2) - Informazioni su medici, laboratori e centri diagnostici

In caso di necessità, l'assicurato potrà contattare la Centrale Operativa e richiedere:

- un elenco di specialisti convenzionati;
- informazioni su mezzi di soccorso d'urgenza;
- segnalazione di laboratori e centri diagnostici.

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

19.3) – Organizzazione ricoveri per Intervento chirurgico

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

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

19.4) - Intervento chirurgico presso struttura convenzionata

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

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

19.5) – Intervento chirurgico presso struttura non convenzionata

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

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

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 20 – Persone non assicurabili e limiti di età

[redacted]

Articolo 21 - Aggravamento del Rischio

L'Assicuratore esonera il Contraente dall'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio. Il Contraente quindi non è tenuto a effettuare nessuna comunicazione scritta in merito a condizioni che possono determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio variazione della professione.

[redacted]

Articolo 22 – Patologie preesistenti

Restano escluse dalle garanzie di cui alla presente polizza gli eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la Data di Inizio della Copertura indicata sul Certificato personale di assicurazione.
Premesso che il giudizio di preesistenza si basa su principi medico-scientifici, si specifica comunque che per "condizioni patologiche preesistenti" si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato, rima della Data di Inizio della Copertura:

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

Articolo 23 - Periodo di carenza

Fermo quanto stabilito dall'Articolo 22 - Patologie preesistenti che precede, si precisa che – unicamente per gli interventi chirurgici conseguenti a malattia – viene in aggiunta stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di 90 (novanta) giorni, a partire dalla data di Conclusione del contratto indicata sul Certificato personale di assicurazione.

Articolo 24 - Esclusioni

24.1 – Esclusioni specifiche

Restano sempre esclusi, e quindi non indennizzabili:

a) gli interventi chirurgici o procedure mediche che siano preliminari o conseguenti ad un evento indennizzabile, in tale caso infatti l'indennizzo garantito per l'intervento principale include già quello dovuto per gli atti medici preliminari o conseguenti;
b) gli interventi di chirurgia plastica o estetica. Sono però indennizzati gli interventi plastici necessari in conseguenza di un intervento indennizzabile;
c) gli interventi chirurgici conseguenti a maternità, gravidanza, infertilità, fecondazione artificiale e interventi sul nascituro. Sono inoltre esclusi gli interventi di interruzione volontaria della gravidanza, salvo quelli che si rendano necessari nel corso di un intervento indennizzabile.
d) gli interventi relativi alla donazione a terzi di organi o tessuti, ad eccezione dei familiari di primo grado e per i fratelli e sorelle dell'assicurato. Se entrambi i familiari fossero assicurati, verrà comunque riconosciuto un singolo indennizzo e relativo all'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti;
e) gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza.
f) sono in particolare esclusi gli interventi per correggere difetti della vista;;
g) gli interventi di chirurgia dentale, se non conseguenti ad infortunio;
h) le terapie di mantenimento connesse all'insufficienza renale (Dialisi);
i) le anomalie congenite e alterazioni da essa determinate o derivate;
j) le nevrosi, le malattie tubercolari, mentali o di carattere professionale

24.2 – Esclusioni generali

Sono inoltre esclusi gli eventi:

a) derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Articolo 15 – 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.

SEZIONE 5 - DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 25 – Adempimenti in caso di Sinistro

25.1) Denuncia di Sinistro relativo ad un Intervento chirurgico

In caso di evento previsto in polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la denuncia all'Assicuratore, tramite i numeri di telefono riportati nella sezione "i Contatti di Chubb European Group", entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.
La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora.
L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati personali generali e appartenenti a categorie particolari.
All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario dell'Assicuratore; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima.

25.2) Richiesta di Prestazioni di 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);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

Articolo 26 – Prova

Colui che richiede le Indennità o le prestazioni prestate da questa Polizza, deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Articolo 27 - 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 (inclusa 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 28 – Pagamento dell'Indennizzo

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