

CHUBB®

Programma Imprevisti Salute Plus

Contratto di Assicurazione Malattia, Infortuni, 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

Intermediato da



Data di aggiornamento: ottobre 2023 -

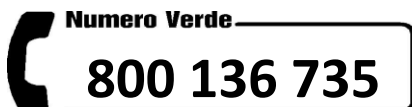
Modello CDA_IPLINC_1023

I Nostri Contatti

Per **CONTATTARCI**, siamo disponibili ai seguenti recapiti:

1) Al **SERVIZIO CLIENTI** per

- ottenere informazioni sulla polizza
- comunicare variazioni anagrafiche
- includere o escludere altri assicurati

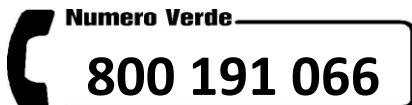


dall'estero **+39 02 87 345 435**,

Disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali

2) Per **DENUNCIARE UN SINISTRO**, alternativamente

- Può inviare una e-mail a: **americanexpress.claims@chubb.com**
- Può accedere al Portale dedicato: **<https://www.chubbclaims.com/amex/it-it/welcome.aspx>**
- O può contattarci al:



dall'estero **+39 02 27095 790**

Disponibile dal lunedì al giovedì, dalle 9 alle 17, venerdì dalle 9 alle 13, esclusi i giorni festivi

3) Per **RICHIEDERE UNA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**,

può contattare la Centrale Operativa al



dall'estero **+39 06 4211 5313**

Disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

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

- via posta: Chubb European Group SE Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano
- via e-mail: servizioclienti.chubb@chubb.com
- via 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.

INDICE

I Nostri Contatti.....	1
PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO	3
L'Assicuratore.....	3
L'Intermediario	3
Il Prodotto.....	3
SEZIONE 1: GLOSSARIO E 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.....	9
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso.....	10
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta	11
Articolo 6 - Altre Assicurazioni.....	10
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa	10
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.....	11
Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione	11
Articolo 12 – Persone assicurabili.....	12
Garanzie Infortuni	12
Articolo 13 – Indennità in caso di ricovero	13
Articolo 14 – Indennità post-ricovero	13
Articolo 15 – Indennità in caso di Frattura	13
Articolo 16 – Cumulo di Indennità	13
Articolo 17 – Altri infortuni coperti dalla polizza.....	13
Prestazioni di Assistenza	
Articolo 18 – Assistenza connessa all'infortunio.....	13
Articolo 19 – Centrale Operativa	14
Articolo 20 – Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa	14
Articolo 20.1 – Consulto Medico telefonico	14
Articolo 20.2 – Invio di un medico o di un'ambulanza	14
Articolo 20.3 – Consegna Medicinali a domicilio	14
Articolo 20.4 – Fisioterapista a domicilio	14
Articolo 20.5 – Babysitter a domicilio	15
Articolo 20.6 - Dogsitter a domicilio	15
Articolo 20.7 – Aiuto domestico a domicilio	15
Articolo 20.8 – Consegna della spesa a domicilio	15
SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.....	15
Articolo 21- Persone non assicurabili e limiti di età	15
Articolo 22- Limiti Territoriali.....	16
Articolo 23 - Aggravamento del Rischio.....	16
Articolo 24 - Esclusioni generali.....	16
Articolo 24.1 – Malattie escluse	16
Articolo 24.2 – Infortuni esclusi	16
Articolo 24.3 – Ricoveri esclusi	17
Articolo 24.4 – Fratture escluse	17
SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO	17
Articolo 25 - Adempimenti in caso di Sinistro	17
Articolo 26 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro	18
Articolo 27 – Prova.....	18
Articolo 28 – Pagamento dell'Indennizzo	18

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

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 Imprevisti Salute Plus è stato creato dalla Compagnia Chubb European Group, partner assicurativo globale di American Express, in esclusiva per AMEX Agenzia Assicurativa.

La protezione offerta dal Programma Imprevisti Salute Plus è studiata per offrire una serie di tutele economiche in caso di ricovero per malattia o infortunio, oltre ad un'ampia serie di servizi per gestire al meglio gli inconvenienti che ne possono derivare, sia per la singola persona che per quelle a lui care.

SEZIONE 1: GLOSSARIO E 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.

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.

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.

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, 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 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

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

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 un scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

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

Frattura: una rottura 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, inclusa la permanenza presso un reparto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). **Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero o a permanenza presso un reparto O.B.I.**

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

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, pubblici o privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati.

Nota bene: Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le case di soggiorno/riposo, strutture di convalescenza, nonché le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

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

Medico: il soggetto, diverso dall'Assicurato, dal suo Coniuge, figlio/a, socio in affari o parente/affine fino al secondo grado, laureato in medicina, legalmente abilitato all'esercizio della professione e iscritto nel competente albo professionale del Paese in cui fornisce le proprie prestazioni.

P

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto di assicurazione riportato nel Certificato Personale di Assicurazione. La data di effetto corrisponde alla data di Conclusione del Contratto.

Perito: il libero professionista generalmente incaricato dall'impresa di assicurazione della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è un medico legale e può essere incaricato da entrambe le parti.

Polizza: 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 Conclusione del Contratto.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento, inclusa la permanenza presso un reparto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). **Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero o a permanenza presso un reparto O.B.I.**

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 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.

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, 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 l'adesione al Contratto di Assicurazione 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 in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile o annuale) – ed è determinato in base alle persone indicate come Assicurati nel Certificato di Assicurazione, come riportato nella Tabella del Premio sottostante e presente anche nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo"). Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati sono riportati sul Certificato Personale di Assicurazione emesso alla stipula del Contratto di Assicurazione.

L'Unità di Premio è determinata dall'età dell'Assicurato al momento della Conclusione del Contratto e non subirà incrementi dovuti al variare dell'età dell'Assicurato stesso

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.

UNITÀ DI PREMIO PER PERSONA ASSICURATA (importo corrispondente ad un mese di copertura)		
Fascia di età	CONTRAENTE / ALTRO ASSICURATO	CONIUGE / FIGLIO
Fino a 35 anni	€ 35,50	€ 32,00
Da 36 a 45 anni	€ 46,50	€ 43,00
Da 46 a 55 anni	€ 57,50	€ 54,00
Da 56 a 75 anni	€ 68,50	€ 65,00

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 e 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 (data di Conclusione del Contratto).

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalle ore 24.00 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 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 del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In tal caso il Contratto di Assicurazione 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 2022 La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno.

Entro le ore 24 del 15 maggio 2022, 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 74° 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 del Servizio Clienti, 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 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. Tuttavia, in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

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 di Assicurazione 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 (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

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, Malattia e Assistenza" garantisce all'Assicurato (per eventi occorsi sia nell'esercizio dell'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 Malattia o Infortunio;
- il pagamento di una Indennità forfetaria post Ricovero;
- il pagamento di una Indennità forfetaria in caso di Frattura;
- una serie di garanzie di Assistenza alla persona.

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo i Sinistri a seguito di Infortunio o Malattia verificatisi a partire dalla data di Conclusione del Contratto.

Gli Indennizzi e i Massimali sono riportati nella “Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni Assicurate” sottostante.

TABELLA DEGLI INDENNIZZI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE			
GARANZIE INFORTUNI			
	Indennità forfetaria in caso di Ricovero a seguito di infortunio o Malattia (Art. 13 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennità forfetaria garantita post Ricovero (Art. 14 delle Condizioni di Assicurazione)	Indennità forfetaria corrisposta in caso di Frattura, anche senza Ricovero (Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione)
Somme	€ 200,00	€ 50,00	€ 1.500,00
Successivamente al 10° anno le indennità non verranno rivalutate ulteriormente			
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA			
• Consulto medico telefonico - Art. 20.1 delle Condizioni di Assicurazione			
• Invio di un medico o di un'ambulanza - Art. 20.2 delle Condizioni di Assicurazione			
• Consegna medicinali a domicilio – Art. 20.3 delle Condizioni di Assicurazione			
• Fisioterapista a domicilio - Art. 20.4 delle Condizioni di Assicurazione			
• Babysitter a domicilio - Art. 20.5 delle Condizioni di Assicurazione			
• Dog sitter a domicilio - Art. 20.6 delle Condizioni di Assicurazione			
• Aiuto domestico a domicilio - Art. 20.7 delle Condizioni di Assicurazione			
• Consegna della spesa a domicilio - Art. 20.8 delle Condizioni di Assicurazione			

Articolo 12 – Persone assicurabili

Il Contraente può aderire al presente Contratto di Assicurazione purchè abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e 64 anni compiuti al momento della Conclusione del Contratto.

Inoltre il Contraente può, in qualsiasi momento, estendere l'assicurazione a:

- il suo Coniuge,
- i figli del Contraente,
- qualsiasi altra persona,

purché di età non superiore ai 64 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 1 della presente Polizza intitolata “I NOSTRI CONTATTI”.

GARANZIE MALATTIA E INFORTUNI

Articolo 13 – Indennità in caso di ricovero

Se la malattia o l'infortunio rendano 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 Somme e delle Prestazioni Assicurate” sopra riportata a partire dal primo Giorno di Ricovero e fino a un 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.

Alla presente garanzia non è applicata alcuna Franchigia.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 14 – Indennità post Ricovero

Al termine del periodo di Ricovero, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato - in aggiunta all'Indennità per Ricovero - l'Indennità forfetaria di post Ricovero indicata nella "Tabella delle Somme e delle Prestazioni Assicurate" 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 15 – 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, indicata nella "Tabella delle Somme e delle Prestazioni Assicurate" sopra riportata, 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.

Si specifica inoltre che in caso di Fratture ai denti, l'Assicuratore corrisponderà 1/5 dell'Indennità forfetaria per ogni dente fratturato, fino ad un massimo di 5 denti per evento.

L'Assicuratore si riserva il diritto di effettuare indagini e accertamenti necessari ai fini di una corretta valutazione del Danno.

La presente garanzia è valida in tutto il mondo.

Articolo 16 - Cumulo Indennità

Si conviene che le Indennità per Ricovero, post Ricovero e Frattura sono cumulabili fra loro.

Gli Indennizzi di cui alla presente Polizza sono pagati dall'Assicuratore in aggiunta e indipendentemente da qualsiasi altra forma di previdenza o assicurazione, pubblica o privata, che l'Assicurato avesse in corso o stipulasse in futuro.

Articolo 17 – Altri 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, **con esclusione degli infarti e delle ernie**;
- 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 all'Articolo 24 nella Sezione 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Articolo 18 – 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.

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.

Articolo 19 – Centrale Operativa

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio o Malattia, può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nel successivo articolo, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde riportato alla pagina 1 intitolata "I nostri contatti".

La Centrale Operativa 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.

Tutti gli interventi della Centrale Operativa devono essere espressamente richiesti dall'Assicurato

Articolo 20 – Prestazioni accessibili tramite la Centrale Operativa

20.1) - Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di Urgenza conseguente a Infortunio o Malattia. 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.

20.2) – Invio di un medico o di un'ambulanza

Qualora, successivamente 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 sul posto. In alternativa o in caso di Urgenza, la Centrale Operativa, se lo riterrà necessario, organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza privata nel centro di primo soccorso idoneo più vicino. Tutti i costi relativi alla presente prestazione sono a carico dell'Assicuratore.

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato fino ad un massimo di € 120,00, per evento

Resta inteso che, in caso di Emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese

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

20.3) – Consegna medicinali a domicilio

In caso di Infortunio o Malattia, l'Assicurato potrà mettersi in contatto con la Centrale Operativa per richiedere l'acquisto e la consegna di medicinali al suo domicilio.

La Centrale Operativa provvederà nel più breve tempo possibile, rispettando le norme che regolano l'acquisto e il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare al domicilio il denaro e la prescrizione necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti.

Il costo della consegna rimane a carico dell'Assicuratore.

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato fino ad un massimo di 120,00, per evento

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

20.4) – Fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio e certificato da referto di Pronto Soccorso, anche in assenza di Ricovero o Frattura, necessiti di un fisioterapista presso il proprio domicilio, la Centrale Operativa sarà a disposizione per il reperimento e l'invio di un fisioterapista convenzionato, con costi a carico dell'Assicuratore.

La ricerca sarà effettuata in base alla tipologia del problema diagnosticato all'Assicurato.

Resta a carico dell'Assicuratore il costo della prestazione fino ad un massimo di 10 ore lavorative e per un massimo di Euro 55 per ciascuna ora lavorativa, esclusi costi di farmaci, medicinali o supporti di qualsiasi genere.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

Non sono previste formule indennitarie/rimborsuali

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

20.5) – Babysitter a domicilio

Qualora durante il Ricovero o nei 10 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, o a seguito di Inabilità Temporanea totale dovuta a Infortunio o Malattia certificata da referto di Pronto Soccorso, l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente dei propri figli minorenni, la Centrale Operativa sarà a disposizione per il reperimento e l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di una babysitter, con costi a carico dell'Assicuratore

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato entro il limite di Euro 190,00 per evento.

La prestazione è fornita per un massimo di 6 giorni o 12 ore per evento e per minimo 2 ore di presenza continuativa

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

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

20.6) – Dog sitter a domicilio

Qualora durante il Ricovero o nei 10 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, o a seguito di Inabilità Temporanea totale dovuta a Infortunio o Malattia certificata da referto di Pronto Soccorso, l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente del proprio cane, la Centrale Operativa sarà disponibile per il reperimento e l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di un dog sitter che porti a passeggio il cane, con costi a carico dell'Assicuratore

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato entro il limite di Euro 150,00 per evento.

La prestazione è fornita per un massimo di 5 uscite per evento

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

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

20.7) – Aiuto domestico a domicilio

Qualora durante il Ricovero o nei 10 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, o a seguito di Inabilità Temporanea totale dovuta a Infortunio o Malattia certificata da referto di Pronto Soccorso, l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa sarà disponibile per il reperimento e l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di un'Assistente alla Persona che possa fornire assistenza all'Assicurato durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare, fare la spesa e piccole commissioni, con costi a carico dell'Assicuratore.

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato entro il limite di Euro 570,00 per evento.

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

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

20.8) – Consegna della spesa a domicilio

Qualora nei 10 giorni successivi alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura presso cui era ricoverato, o a seguito di Inabilità Temporanea totale dovuta a Infortunio o Malattia certificata da referto di Pronto Soccorso, l'Assicurato versi in condizione di Inabilità Temporanea, comprovata da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa sarà disponibile per la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di 2 buste per richiesta, con costi a carico dell'Assicuratore.

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

Il servizio può essere fornito massimo 1 volta alla settimana per ciascuna delle settimane di Inabilità Temporanea successive al ricovero, entro il limite di 4 settimane.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

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

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

SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 21 - Persone non assicurabili e limiti di età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano già compiuto i 65 anni d'età.

In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale immediatamente successivo al compimento del 74° anno di età dell'Assicurato.

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

Articolo 22 – Limiti Territoriali

Per le Garanzie Infortuni e Malattia, l'assicurazione è valida per gli Infortuni occorsi in tutto il mondo

Per le Prestazioni di assistenza, queste sono valide nella Repubblica Italiana, nella Repubblica di San Marino e nello Stato Città del Vaticano, con l'eccezione del "Consulto medico telefonico" valido in tutto il mondo.

Articolo 23 - Aggravamento del Rischio

L'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la comunicazione scritta di condizioni che possono determinare un Aggravamento o una Diminuzione del Rischio, come ad esempio la variazione della professione svolta.

Si precisa inoltre che, qualora le condizioni 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 a 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 24 - Esclusioni generali

24.1 – Malattie escluse

Restano escluse dalle garanzie gli eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, cioè antecedenti la data di Conclusione del Contratto 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 pregresse" si intende una condizione in relazione alla quale l'Assicurato, prima della data di Conclusione del Contratto:

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

24.2 – Infortuni esclusi:

- a) gli infortuni derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto previsto dall'Articolo 17 – Altri infortuni coperti dalla Polizza;
- b) gli infortuni subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- c) gli infortuni derivanti da utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- d) gli infortuni 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) gli infortuni 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) gli infortuni derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g) gli infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- h) gli infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j) gli infortuni 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 (bob su pista), 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) gli infortuni derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- l) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- m) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
- n) gli infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- o) gli infortuni 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.

24.3) Ricoveri esclusi:

- p) i ricoveri, per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici;
- q) i ricoveri per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio);
- r) le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- s) i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, riposo, convalescenza o Istituti di cura che non rispondono alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- t) la permanenza in pronto soccorso non seguita da un Ricovero;
- u) i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da sinistro indennizzabile.

24.4) Fratture escluse

- v) le Fratture patologiche, le Fratture su Assicurati affetti da osteoporosi, le Fratture spontanee e i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura

****Avvertenza**:**

L'Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun Indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente Polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Assicuratore 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, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali.

L'Assicuratore è una società del gruppo CHUBB Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, l'Assicuratore è soggetto 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 ad alcuni Paesi quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 25 – Adempimenti in caso di Sinistro

25.1) Denuncia di Sinistro per Garanzie Infortunio Malattia

In caso di Infortunio o Malattia avente come conseguenza uno degli eventi previsti in Polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la Denuncia all'Assicuratore, in una delle modalità riportate a pagina 1 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 e ora. 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.

25.2) Denuncia di Sinistro per Prestazioni di assistenza

Per richiedere le prestazioni di Assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in una delle modalità riportate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI" 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 - 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.

Art. 27 - Prova

Colui che richiede l'Indennità 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 sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Articolo 28 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni. Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

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@chubb.pec.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