

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: BlueCollar Shield – Employer Reputation & Group Personal Accident Protection

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

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza di assicurazione Infortuni, a copertura del decesso e degli infortuni gravi che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sulla Scheda di Polizza nonché il coma conseguente da infortunio, salvo quanto diversamente specificato sulla Scheda di Polizza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Morte da infortunio
 - ✓ Invalidità permanente da Infortunio Grave
 - ✓ Morte presunta
 - ✓ Anticipo indennizzi per invalidità permanente
 - ✓ Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio Grave
 - ✓ Infortuni cagionati da colpa grave
 - ✓ Responsabilità civile del contraente
 - ✓ Supervalutazione invalidità permanente
 - ✓ Coma conseguente ad infortunio
 - ✓ Ristrutturazione dell'abitazione
 - ✓ Riconversione del veicolo utilizzato dall'Assicurato
 - ✓ Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro
 - ✓ Costi di comunicazione
- Rimborso costi di assistenza psicologica

L'Assicuratore risarcisce i danni fino a un importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale).

Per i dettagli completi delle garanzie si rimanda alle condizioni di assicurazione.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni occorsi al di fuori dello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata sulla Scheda di Polizza
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e dalla guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- ✗ Danni derivanti da abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni, da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Danni direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, tranne laddove indicato
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono applicabili franchigie e sottolimiti di indennizzo specifici per ogni garanzia
- ! L'assicurazione cessa al compimento del 75° anno di età;
- ! La somma assicurata per il caso di morte e invalidità permanente viene liquidata purché le stesse risultino conseguenti ad un infortunio risarcibile ai sensi di polizza e queste si verifichino entro 730 giorni dall'evento

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?

- ✓ Mondo intero
- ✓ La polizza non è valida nei seguenti Paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba, Russia, Bielorussia, Ucraina e Crimea



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Inviare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore in caso di qualunque variazione che modifichi ogni elemento del rischio
- In caso di infortunio, denunciarlo per iscritto all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui l'infortunio si è verificato o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, fornendo tutte le informazioni e la documentazione richiesta per la gestione del sinistro da parte dell'Assicuratore. Se l'infortunio comporta la morte dall'Assicurato, l'Assicuratore deve esserne informato entro i 30 giorni successivi



Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto al pagamento del premio tramite l'Intermediario a cui la polizza è assegnata, altrimenti direttamente all'Assicuratore tramite bonifico bancario.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della polizza, le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dall'Assicuratore, recanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

Il premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di 365 giorni, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. La copertura, se disdetta in termini, termina alle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, altrimenti si rinnova tacitamente di anno in anno.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo, salvo quanto diversamente concordato tra le parti. Il contratto prevede la facoltà di disdetta di entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore), da inviarsi tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata inviata entro 30 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo in corso.

La polizza prevede inoltre il diritto di recesso di entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore) dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, da esercitarsi mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno con preavviso di 30 giorni.

Relativamente ad ogni sinistro conseguente a malattia, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il contratto di assicurazione fosse stato stipulato da meno di 730 giorni.

In ogni caso, le Parti (Contraente e Assicuratore) hanno la facoltà di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: BlueCollar Shield – Employer Reputation & Group Personal Accident Protection

DIP Aggiuntivo realizzato in data: Ottobre 2023. Aggiornato a Febbraio 2026. 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

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato al (27 Marzo 2024), il patrimonio netto della società è pari a (€ 3.003.305.813), mentre il risultato economico di periodo ammonta a (€ 813.088.466). Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa è pari al (176 %). Per ulteriori informazioni consultare la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile al seguente link: (<https://www.chubb.com/uk-en/about-us-uk/europe-financial-information.html>).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La polizza comprende tra gli infortuni assicurati:

- ✓ Infezioni direttamente derivanti da infortunio ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'infortunio stesso
- ✓ Avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere
- ✓ Asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori
- ✓ Lesioni fisiche derivanti da atto di terrorismo o sabotaggio o assalto di cui l'Assicurato sia stato vittima, con esclusione nel caso fosse dimostrata una parte attiva in qualità di istigatore o esecutore o partecipante (correo)
- ✓ Lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- ✓ Asfissia meccanica, compreso l'annegamento
- ✓ Congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione
- ✓ Lesioni muscolari ed ernie traumatiche da sforzo, incluse anche le ernie discali
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero su velivoli ed elicotteri 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, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti, escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche
- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, atto di terrorismo, per un periodo massimo di 21 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ Infortuni sofferti in conseguenza di malore od incoscienza

GARANZIE OPERANTI

SEZIONE INFORTUNI

Rimborso spese mediche a seguito di infortunio grave	Rimborso del costo delle cure mediche sostenute a seguito di infortunio grave, fino alla somma massima riportata sulla Scheda di Polizza
Coma conseguente a infortunio	Liquidazione dell'indennità giornaliera riportata sulla Scheda di Polizza per ciascun giorno trascorso in coma
Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro	Rimborso delle spese sostenute per effettuare un percorso di abilitazione professionale al fine di consentire il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la Contraente o in alternativa le spese necessarie sostenute per l'adattamento della postazione di lavoro pari all'importo indicato sulla Scheda di Polizza nel caso di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza
Costi di comunicazione	Rimborso dei costi di attuazione di un sistema di comunicazione urgente, il cui scopo è direttamente connesso all'evento che ha originato il decesso da infortunio o infortunio grave dell'assicurato.
Costi per il supporto psicologico	Rimborso dei costi delle consulenze di uno psicologo, fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza.
Ristrutturazione dell'abitazione/Riconversione del veicolo utilizzato dall'assicurato	Nel caso di infortunio le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente almeno superiore al 39%, erogazione all'Assicurato di una somma aggiuntiva entro il limite indicato nella Scheda di Polizza.



Che cosa non è assicurato?

✗ Rischi esclusi

Oltre a quanto previsto dal DIP:

- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche
- ✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione e arruolamento per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ Infortuni derivanti da epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi
- ✗ qualsiasi infortunio che non abbia carattere professionale



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa
- ! Le garanzie Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio Grave, Invalidità Permanente da Infortunio Grave sono prestate con l'applicazione di una franchigia indicata nella Scheda di Polizza



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche che, anche in ossequio ad obblighi derivanti dalla contrattazione collettiva, abbiano necessità di assicurare i propri dipendenti della categoria "operai" dalle conseguenze derivanti da Infortuni Gravi occorsi durante lo svolgimento delle mansioni di lavoro.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. I reclami possono essere presentati anche all'autorità di vigilanza o all'ente all'uopo preposto del Paese in cui l'Assicuratore ha la propria sede legale (FRA - Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) scegliendo una delle opzioni disponibili al seguente link: https://acpr.banque-france.fr/fr/professionnels/vos-outils-et-services/signaler-lacpr-un-manquement-ou-une-infraction.

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

Arbitro assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
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 a Chubb.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio o della malattia la polizza prevede l'impegno delle Parti a conferire mandato ad un collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, a norma delle Condizioni di Assicurazione. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. 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://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it.

Regime Fiscale

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le operazioni di assicurazione effettuate interamente in Italia usufruiscono del regime di esenzione Iva, di cui all'articolo 10, n.2 del DPR n. 633/72 che recepisce la Direttiva n. 2006/112/CE e sono soggette ad un'imposta sul premio assicurativo di cui alla Legge n. 1216/1961.
---	---

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il Contraente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il Contraente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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.

A background image showing a group of business professionals in a meeting. A man in a suit is leaning over a table, looking at documents. A woman in a patterned blouse is looking towards him. Another man in a suit is standing and looking down at the table. In the foreground, a woman in a dark blue suit is smiling and looking towards the camera, holding a folder. The background is slightly blurred, focusing attention on the text.

Chubb Easy Solutions

BlueCollar Shield - Employer Reputation & Group Personal Accident Protection

Contratto di Assicurazione Infortuni

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

CHUBB®

INDICE

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA.....	
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	
Art. 1. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE.....	
Art. 2. FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI.....	
Art. 3. VARIAZIONI DI RISCHIO	
Art. 4. DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO	
Art. 5. REGOLAZIONE DEL PREMIO (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NELLA SCHEDA DI POLIZZA).....	
Art. 6. DURATA DEL CONTRATTO. MODALITÀ DI DISDETTA	
Art. 7. RECESSO IN CASO DI SINISTRO	
Art. 8. ALTRE ASSICURAZIONI.....	
Art. 9. RINUNCIA ALLA RIVALSA	
Art. 10. FORO COMPETENTE	
Art. 11. ONERI FISCALI.....	
Art. 12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	
Art. 13. CLAUSOLA BROKER.....	
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE.....	
Art. 14. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	
Art. 15. INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA.....	
A. Premessa.....	
B. Rischio volo.....	
C. Rischio guerra	
D. Malore.....	
E. Esposizione agli elementi.....	
Art. 16. GARANZIE OPERANTI	
16.1 – Morte da Infortunio	
16.2 – Morte presunta	
16.3 – Invalidità Permanente da Infortunio Grave	
16.4 - Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio Grave.....	
16.5 – Coma conseguente a Infortunio	
16.6 – Ristrutturazione dell'abitazione/Riconversione del veicolo utilizzato dall'Assicurato	
16.7 - Rimborso costi assistenza psicologica	
16.8 – Anticipo indennizzi per Invalidità Permanente.....	
16.9 – Infortuni Gravi cagionati da colpa grave	
16.10 – Responsabilità Civile del Contraente	
16.11 – Supervalutazione Invalidità Permanente	
16.12 – Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro.....	
16.13 – Costi di comunicazione.....	
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.....	
Art. 17. PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITE D'ETÀ	
Art. 18. LIMITE CATASTROFALE	
Art. 19. LIMITI TERRITORIALI.....	
Art. 20. ESCLUSIONI DI COPERTURA.....	
ESCLUSIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE	
Art. 21. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	
Art. 22. CUMULO DI INDENNITÀ	
Art. 23. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - DECADENZA.....	
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO.....	
Art. 24. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	
A. INFORTUNI	
B. COPERTURA COMA DA INFORTUNIO	
C. COPERTURA RISTRUTTURAZIONE DELL'ABITAZIONE	
D. COPERTURA RICONVERSIONE DEL VEICOLO UTILIZZATO DALL'ASSICURATO.....	
E. COPERTURA RIMBORSO COSTI ASSISTENZA PSICOLOGICA	
F. COPERTURA COSTI DI COMUNICAZIONE.....	

Art. 25. PROVA	
Art. 26. CONTROVERSIE IN CASO DI SINISTRO	
Art. 27. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	
Contatti	

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

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

A

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.

Assalto: qualunque menomazione fisica o attacco intenzionale subito dall'Assicurato, derivante da un atto deliberato, improvviso e violento di un'altra persona o gruppi di persone.

Assicurato: il soggetto portatore del Rischio, nell'interesse del quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo. Salvo ove espressamente pattuito, si intendono Assicurati i soggetti:

- dipendenti del Contraente che abbiano qualifica di apprendisti e/o operai;
- per le coperture Costi di Comunicazione, Responsabilità Civile e, laddove rilevante, Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro: il Contraente.

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 coperto.

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

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

Atto di Terrorismo o Sabotaggio: qualunque azione illegale che abbia finalità ideologiche e/o politiche e/o economiche, perseguita su base individuale o collettiva, diretta contro persone o enti pubblici o privati al fine di:

- condurre un'azione criminale mirata a ledere la vita di altre persone;
- creare allarme e sconvolgere il pubblico, nonché creare un'atmosfera di generale insicurezza;
- interrompere il normale funzionamento del trasporto pubblico o creare disturbo alle normali attività di aziende od organizzazioni che producano merci, trasformino materiali o forniscano servizi.

B

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

C

Coma: Per coma si intende la perdita totale o parziale di coscienza, in particolare, ma non esclusivamente, dopo una lesione del capo, che impedisce all'Assicurato di stabilire qualsiasi comunicazione ricettiva ed espressiva con l'ambiente circostante. *Lo stato di coma, stabilito dal punto di vista medico, deve essere il risultato di un infortunio indennizzabile a termini di Polizza.*

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.

Contraente: la persona giuridica o fisica, maggiorenne e residente in Italia, alla quale è intestata la Scheda di Polizza 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: 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 il primo è esposto.

Costi di comunicazione: Costi di comunicazioni urgenti sostenuti dalla Contraente per la gestione immediata delle situazioni di crisi successive agli eventi assicurati in Polizza;

Questi sono rimborsabili a condizione che:

- l'infortunio abbia causato o decessi o Infortuni Gravi tra gli Assicurati; e
- il lancio della campagna di comunicazione venga effettuata entro quindici giorni dall'evento.

D

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

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 1.00156. 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

Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

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.

Dipendente: persona con contratto di lavoro subordinato, a tempo determinato o indeterminato, stipulato con la Contraente, con esclusione dei lavoratori con contratto di somministrazione.

E

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

Eestero: qualunque territorio o Paese al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.

F

Franchigia/Scoperto: la parte di Danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La franchigia si dice **"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.

I

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro coperto ed indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Infortunio Grave: Infortunio che provoca postumi di Inavlidità Permanente superiori al 39%

Infortunio in Itinere: Infortunio occorso al lavoratore durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, anche nel corso della pausa pranzo, oppure durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più sedi di lavoro.

Invalidità Permanente: la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro economicamente apprezzabile ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

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

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

L

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

Limite catastrofale: esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

M

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

P

Periodo di Assicurazione: periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del Contratto riportate nella Scheda di Polizza.

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.

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

Q

Quietanza: la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del Premio o dell'Indennizzo.

R

Reclamo: una dichiarazione scritta di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore e/o dell'Intermediario 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.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura che abbia comportato almeno un pernottamento. **Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a ricovero.**

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

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

S

Scheda di Polizza: la parte della Polizza contenente i dati generali del contratto (come i dati anagrafici del Contraente, il numero identificativo del contratto, la data di effetto e scadenza) e gli ulteriori elementi che descrivono il Rischio assicurato (come il Massimale e le Franchigie).

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso assicurato.

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

T

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

Trasferita Professionale: qualunque viaggio di lavoro intrapreso dall'Assicurato in qualunque Paese Estero del mondo, per conto del Contraente di polizza. Sono ricomprese le partecipazioni a seminari e conferenze, considerate alla stregua dei viaggi di lavoro.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

L'Assicuratore garantisce le prestazioni oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle Dichiarazioni Precontrattuali fornite dal Contraente e dall'Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

Dichiarazioni inesatte o reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato ((per ciò che concerne quest'ultimo, nella misura in cui il Contraente fosse o avrebbe potuto essere a conoscenza, con osservanza degli standard applicabili di diligenza, delle Dichiarazioni Precontrattuali inesatte e 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 e 1893 del Codice Civile.

E' fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VALIDITÀ DELLE VARIAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto devono essere fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore.

Qualunque modificazione del Contratto deve risultare da atto di variazione sottoscritto da entrambe le Parti (Contraente e Assicuratore).

Art. 2. VARIAZIONI DI RISCHIO

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del Rischio. Se la variazione implica Diminuzione del Rischio, l'Assicuratore provvederà a ridurre in proporzione il Premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica Aggravamento del Rischio, l'Assicuratore ha facoltà di recedere dal Contratto con preavviso di 30 giorni, salvo diverso accordo tra le Parti per la prosecuzione del Contratto risultante da apposito atto di variazione. L'Assicuratore ha facoltà di recedere dal Contratto con effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito alla stipula dell'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'Aggravamento del Rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Art. 3. DETERMINAZIONE E PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è sempre determinato per Periodi di Assicurazione di 365 giorni, salvo la Scheda di Polizza preveda un Periodo di Assicurazione di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in due o più rate. Il Contraente è tenuto a pagare all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata alle rispettive scadenze i Premi comprensivi delle addizionali stabilite dalla presente Polizza.

La prima rata deve essere pagata alla consegna della Polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di Quietanze emesse dall'Assicuratore o dall'Intermediario cui la Polizza è assegnata e riportanti la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

In caso di mancato pagamento del Premio o della prima rata, la copertura resta sospesa ed entra in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio, delle addizionali e delle spese. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di mora di 30 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio, delle addizionali e delle spese, ferme restando le scadenze stabilite dal presente Contratto. Trascorso tale termine di mora, l'Assicuratore ha diritto di dichiarare la risoluzione del Contratto tramite lettera raccomandata, fermo il diritto dell'Assicuratore ai Premi scaduti o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Art. 4. REGOLAZIONE DEL PREMIO (VALIDA SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATA NELLA SCHEDA DI POLIZZA)

Se il Premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di Rischio fluttuanti, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto sulla Scheda di Polizza, ed è poi regolato al termine di ogni Periodo di Assicurazione secondo le risultanze delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del Premio. In caso di regolazione

passiva, quindi con una differenza a favore del Contraente, l'Assicuratore provvederà al rimborso delle somme dovute al netto delle imposte; in ogni caso le regolazioni passive potranno essere effettuate nel limite di un importo massimo pari al *10% in meno di quello anticipato/premio anticipato meno il 10%*, salvo un Premio minimo maggiore, come riportato nella Scheda di Polizza. A tale scopo devono essere forniti per iscritto i dati necessari all'Assicuratore, entro le scadenze definite in base al tipo di regolazione come seguenti.

Le differenze attive o passive risultanti dalle regolazioni devono essere pagate entro 30 giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore dell'Assicuratore. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento delle differenze attive dovute, l'Assicuratore potrà fissare un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive verrà conteggiato in conto o a garanzia del Premio relativo al Periodo di Assicurazione per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva. In tal caso, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto dell'Assicuratore di agire giudizialmente e di dichiarare la risoluzione del Contratto con lettera raccomandata.

Inoltre, in relazione ai Contratti scaduti, e per i quali l'Assicuratore non abbia potuto trattenere in conto o a garanzia il Premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, l'Assicuratore non è obbligato per i Sinistri che si verifichino durante il Periodo di Assicurazione in cui non ha avuto luogo la regolazione del Premio, fermo il diritto dell'Assicuratore di agire giudizialmente.

L'Assicuratore ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie. Qualora il Premio consuntivo risultasse superiore al 50% rispetto a quello anticipato, l'Assicuratore avrà il diritto di modificare quest'ultimo con effetto dal Periodo di Assicurazione immediatamente successivo, portandolo ad un importo non inferiore all'80% dell'ultimo Premio consuntivo.

Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Agli effetti assicurativi, per retribuzione si intende tutto quanto il Dipendente riceve a compenso delle sue prestazioni al lordo delle ritenute, esclusi gli assegni familiari. Per la liquidazione delle Indennità è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita e/o maturata per i titoli di cui sopra nel trimestre precedente al mese in cui si è verificato l'Infortunio (con esclusione delle retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese), moltiplicata per quattro. A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte all'infortunato nei 12 mesi precedenti purché su tali somme sia conteggiato o conteggiabile il Premio di assicurazione. A maggior precisazione di quanto sopra, si dà atto che nella definizione "retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese" devono intendersi incluse: mensilità aggiuntive, premi di produzione, incentivi o provvigioni, Indennità di Trasferta professionale, bonus, compensi arretrati, compensi per lavoro straordinario. Per gli infortunati che non abbiano raggiunto i 90 giorni di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 360 la retribuzione giornaliera media attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'Infortunio e considerando agli effetti della media anche i giorni non lavorativi. Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del Premio si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Assicuratore di fare accertamenti e controlli. Il tasso di Premio pattuito, specificato nel conteggio di liquidazione, viene applicato alla retribuzione computata ai sensi di cui al precedente punto. Al Premio risultante saranno applicati gli sconti e le maggiorazioni eventualmente pattuiti ed aggiunte le tasse governative. Il Premio viene anticipato dal Contraente in base al preventivo annuo di retribuzione, anch'esso specificato nel conteggio di liquidazione. Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore per iscritto i dati necessari, entro 60 giorni dalla fine di ogni Periodo di Assicurazione. Nel caso di mancata comunicazione di tali dati, l'Assicuratore procederà ad emettere il conteggio di regolazione utilizzando i dati già in proprio possesso e relativi al Periodo di Assicurazione precedente. Nel caso in cui l'Assicuratore non avesse tali dati, verrà emessa una regolazione pari al 20% del Premio pattuito alla data di emissione della Polizza.

Assicurazione a libro matricola

La garanzia assicurativa viene prestata inizialmente per i nominativi indicati nel libro matricola allegato, con l'intesa che potrà essere estesa a tutte le persone appartenenti alle categorie indicate nello stato di Rischio. Le variazioni di Rischio, aggiunte e diminuzioni, dovranno essere immediatamente comunicate all'Assicuratore o all'Intermediario a mezzo lettera raccomandata, e-mail e/o fax con l'indicazione di tutti i dati richiesti per l'iscrizione a detto elenco. L'assicurazione avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di spedizione della raccomandata, dell'e-mail e/o del fax che il Contraente farà pervenire all'Assicuratore o all'Intermediario. Le variazioni riguardano il personale appartenente alle categorie indicate, fermo restando che il predetto personale non potrà essere assicurato per capitali superiori a quelli indicati nello stato di Rischio. Per le categorie di personale non contemplate o, se contemplate, da comprendersi per somme superiori a quelle già previste per il personale della stessa categoria, nonché per le persone che non si trovino in condizioni normali di

rischio per età, difetti fisici, malattie, mutilazioni ecc. o esposte a rischi speciali, resta esplicitamente convenuto che l'assicurazione avrà effetto, alle condizioni da pattuirsi, solo dopo conferma scritta da parte dell'Assicuratore.

Al termine di ogni Periodo di Assicurazione, o della minor durata del Periodo di Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza, si procederà alla regolazione del Premio definitivo in base ai tassi di Premio convenuti ed ai capitali assicurati.

Art. 5. DURATA DEL CONTRATTO. MODALITA' DI DISDETTA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, se in quel momento il Premio (o la prima rata) è stato pagato; in caso contrario, l'assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente effettua il pagamento, ferme restando le scadenze stabilite per le singole garanzie.

In mancanza di Disdetta inviata da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così successivamente, salvo espressa deroga indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 6. RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata, fermo restando che relativamente ad ogni Sinistro conseguente a Malattia Improvvisa, l'Assicuratore potrà esercitare il proprio diritto di recesso esclusivamente ove il Contratto assicurativo fosse stato stipulato da meno di 730 giorni.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte dell'Assicuratore.

Il recesso esercitato dall'Assicuratore ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte del Contraente.

In tutti i casi, l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di Rischio non corso entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, escluse le imposte. Il pagamento o la riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'Infortunio o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

In ogni caso, ferme le limitazioni di cui sopra, le Parti hanno la facoltà, previo accordo scritto, di far cessare anche solo l'assicurazione relativa alla garanzia cui il Sinistro si riferisce, mantenendo in vigore le altre garanzie.

Art. 7. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre compagnie di assicurazione.

Art. 8. RINUNCIA ALLA 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.

Art. 9. FORO COMPETENTE

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

Art. 10. ONERI FISCALI

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

Art. 11. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

Art. 12. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara, e l'Assicuratore ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente Contratto all'Intermediario indicato in Scheda di Polizza; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Polizza saranno effettuati tempestivamente per conto del Contraente dallo stesso. Parimenti, ogni comunicazione fatta dall'Assicuratore all'Intermediario si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni all'Assicuratore fatte dall'Intermediario e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime.

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 13. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente Polizza copre il decesso e gli Infortuni Gravi che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata nella Scheda di Polizza, nonché il Coma conseguente ad Infortunio. Inoltre, si intende incluso il Rischio relativo all'Infortunio in Itinere nell'esercizio delle attività professionali dichiarate in Polizza; pertanto, anche gli Infortuni Gravi che avvengono durante il tempo strettamente necessario a compiere il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dall'Art. 12 del Decreto Legislativo n° 38/2000, rientrano nell'ambito del Rischio professionale.

Art. 14. INFORTUNI COPERTI DALLA POLIZZA

A. Premessa

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

- le infezioni direttamente derivanti da Infortunio, ad esclusione di quelle derivanti dall'intervento umano successivo all'Infortunio stesso o quelle riconducibili a malattie tropicali;
- l'avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- l'asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori;
- le lesioni fisiche derivanti da Atto di Terrorismo o Sabotaggio o Assalto di cui l'Assicurato sia stato vittima, con esclusione nel caso fosse dimostrata una parte attiva in qualità di istigatore o esecutore o partecipante (correo);
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- l'asfissia meccanica, compreso l'annegamento;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole, inedia e spossatezza derivanti da naufragio, atterraggio forzato, terremoto, valanga e inondazione;
- le lesioni muscolari e le ernie traumatiche da sforzo.

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi:

- qualunque evento causato da imperizia, negligenza e imprudenza medica;
- ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

B. Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri 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, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche.

Sono inoltre compresi gli eventuali Infortuni verificatisi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato sia dirottato, fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.

C. Rischio guerra

La presente assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, Atto di Terrorismo, per un periodo massimo di 21 giorni dall'inizio delle ostilità, esclusivamente nel caso in cui 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.

Per ulteriori informazioni sui Paesi a rischio, consultare il sito del Ministero Affari Esteri: www.viaggiareassicuri.it.

D. Malore

L'assicurazione comprende altresì gli Infortuni sofferti in conseguenza di malore o incoscienza.

E. Esposizione agli elementi

L'Assicuratore, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dal Contratto, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità Permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti.

Art. 15. GARANZIE OPERANTI**16.1 – Morte da Infortunio**

In caso di Infortunio risarcibile a termini di Polizza che provochi la morte dell'Assicurato, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari designati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, la somma assicurata per il caso di Morte da Infortunio, indicata nella Scheda di Polizza.

16.2 – Morte presunta

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquiderà la somma assicurata riportata sulla Scheda di Polizza ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte dell'Assicuratore, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da Infortunio Grave eventualmente subita.

16.3 – Invalidità Permanente da Infortunio Grave

Se l'Infortunio Grave ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida l'Indennità indicata nella Scheda di Polizza e calcolata sulla somma assicurata per Invalidità Permanente Totale, secondo la Tabella INAIL, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta Tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente Totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'Indennità verrà stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato saranno considerate permanentemente immutabili, entro e non oltre 730 giorni dal verificarsi dell'Infortunio.

Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nella Scheda di Polizza, identificata come "Franchigia Invalidità Permanente da Infortunio Grave", ove presente.

16.4 – Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio Grave

In caso di Infortunio Grave definito a termini di Polizza, l'Assicuratore rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio Grave, fino alla somma massima riportata sulla Scheda di Polizza.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;

- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di Cura o all'ambulatorio con il Sottolimito indicato nella Scheda di Polizza;
- spese fisioterapiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente eventualmente subito in occasione dell'Infortunio Grave.

La garanzia è prestata con la Franchigia riportata nella Scheda di Polizza, tale importo rimane quindi a carico dell'Assicurato. Si specifica inoltre che, qualora l'Assicurato fruisse di ulteriori analoghe prestazioni assicurative (sociali o private), la presente garanzia varrà per l'eventuale eccedenza di spese da questa non rimborsata.

16.5 – Coma conseguente a Infortunio

Nel caso in cui l'Assicurato fosse rimasto in stato di Coma ininterrotto non indotto o farmacologico, a seguito di Infortunio, per più di 10 (dieci) giorni, la Società erogherà agli aventi diritto (Beneficiari designati dall'Assicurato o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato) un importo come indicato nella Scheda di Polizza per ciascun giorno trascorso in Coma, fino ad un massimo di 180 (centottanta) giorni consecutivi. Detto importo verrà considerato a detrazione delle maggiori somme previste in caso di Morte o Invalidità Permanente da Infortunio Grave.

In caso di Coma derivante da Infortunio, la notifica da inoltrare alla Società dovrà comprendere:

- una relazione scritta che descriva le circostanze dell'Infortunio, i nomi dei testimoni e l'identità dell'autorità responsabile in caso di redazione di un rapporto di polizia, nonché il numero di protocollo;
- a richiesta della Società, il certificato medico, chirurgico od ospedaliero richiesto per la somministrazione del trattamento iniziale, con la descrizione delle lesioni;
- un certificato medico che dimostri che l'Assicurato si trovi o sia stato in uno stato di Coma ininterrotto. La Società si riserva di richiedere tutta la documentazione necessaria per verificare la regolarità della copertura

16.6 Ristrutturazione dell'abitazione/riconversione del veicolo utilizzato dall'Assicurato

Nel caso di Infortunio Grave le cui conseguenze provochino una Invalidità Permanente, l'Assicuratore erogherà all'Assicurato una somma aggiuntiva entro il limite indicato nella Scheda di Polizza. Tale importo aggiuntivo sarà corrisposto dietro presentazione di:

- fatture relative alle opere di ristrutturazione dell'abitazione in cui l'Assicurato ha la residenza, rese necessarie per adattare i locali alle sue limitate condizioni di salute determinate dall'Invalidità Permanente sofferta;
- fatture relative alle opere di modifica/attrezzatura del veicolo privato abitualmente utilizzato dall'Assicurato, per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla propria perdita di autonomia.

16.7 Rimborso costi di assistenza psicologica

In caso di morte o Invalidità Permanente a seguito di Infortunio Grave indennizzabili ai sensi della presente Polizza - e in presenza di prescrizione medica, l'Assicuratore rimborsa il costo delle consulenze di uno psicologo, fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza.

Il Rimborso è versato:

- in caso di morte dell'Assicurato, al suo Beneficiario [o agli eredi, in caso di mancata designazione del Beneficiario da parte dell'Assicurato], nei limiti in cui questo sia un parente di primo grado dell'Assicurato; o
- negli altri casi, all'Assicurato stesso, previa presentazione alla Società delle fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo.

Al fine di ottenere il rimborso dei costi di assistenza psicologica, il Beneficiario deve fornire alla Società:

- Le fatture originali delle consulenze prestate da un medico e/o da uno psicologo.
- Una copia del certificato di stato di famiglia o altro documento comprovante la parentela di primo grado con l'Assicurato.

16.8 Anticipo Indennizzi per Invalidità Permanente

Trascorsi 60 giorni dal termine delle cure mediche relative ad Infortunio Grave indennizzabile a termini di Polizza, anche se non ancora sopraggiunta la guarigione definitiva o la stabilizzazione dei postumi invalidanti, l'Assicurato potrà richiedere un anticipo all'Assicuratore, entro il limite specificato nella Scheda di Polizza. L'anticipo verrà liquidato entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati completi sullo stato di salute dell'Assicurato a condizione che, a seguito di accertamento autonomo da parte dell'Assicuratore, il grado di Invalidità Permanente residuo dopo le cure mediche non sia inferiore al 39%.

16.9 Infortuni Gravi cagionati da colpa grave

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile e di quanto previsto dal Contratto, la garanzia assicurativa si intende estesa anche agli Infortuni Gravi cagionati da colpa grave dell'Assicurato.

16.10 Responsabilità Civile del Contraente

Poiché la presente Polizza è stipulata dal Contraente anche nel proprio interesse, quale possibile responsabile del Sinistro, si conviene che qualora gli Assicurati o, in caso di morte, i Beneficiari o gli aventi diritto non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio Grave l'Indennizzo dovuto ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese di Indennizzo a titolo di responsabilità civile, gli importi erogabili dall'Assicuratore, nella loro interezza, verranno computati nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

16.11– Supervalutazione Invalidità Permanente

Nei casi di Infortunio Grave che producano come conseguenza una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al grado riportato nella Scheda di Polizza, l'Assicuratore liquiderà un Indennizzo pari al 100% della somma assicurata.

16.12 – Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro

In caso di Infortunio Grave se l'Infortunio Grave indennizzabile a termini di Polizza ha per conseguenza l'incapacità dell'Assicurato di riprendere l'occupazione professionale precedente l'infortunio, la Società rimborsa un importo come indicato nella Scheda di Polizza:

- (previo consenso del Contraente stesso, laddove sostenute direttamente dall'Assicurato) le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute per effettuare un percorso di abilitazione professionale al fine di consentire allo stesso il ricollocamento con un'occupazione alternativa presso la Contraente stessa;

in alternativa, a favore del Contraente che sostenga le relative spese,

- le spese ragionevolmente necessarie e regolarmente documentate sostenute per l'adattamento della postazione di lavoro presso la quale l'Assicurato svolgeva prevalentemente la sua attività professionale prima dell'Infortunio Grave, sono previsti indennizzi per le spese di adeguamento dei locali, dei mezzi o delle attrezzature utilizzate dall'Assicurato prima dell'infortunio Grave.
-
-
- a titolo esemplificativo e non esaustivo sono indennizzate le spese per adattamento di: mobili di ufficio, macchine e attrezzature, rampe di edifici ascensori, servizi igienici, altro equipaggiamento.

16.13 Costi di Comunicazione

In caso di decesso da Infortunio o Infortunio Grave che occorra all'Assicurato, l'Assicuratore coprirà, fino alla somma indicata nella Scheda di Polizza, i costi necessari per implementare con urgenza una campagna di comunicazione, il cui scopo è direttamente connesso all'evento che ha originato il decesso da Infortunio o l'Infortunio Grave dell'Assicurato, a condizione che:

- l'evento abbia procurato un decesso da Infortunio o un Infortunio Grave di uno o più assicurati;
- l'implementazione della campagna di comunicazione avvenga entro quindici giorni dalla data del decesso o dell'Infortunio Grave.

I costi di implementazione urgente di una campagna di comunicazione coprono esclusivamente:

- i costi di gestione di un ufficio stampa ovvero gestione delle chiamate da parte di giornalisti, invio di comunicati stampa, organizzazione di conferenze stampa o media briefing effettuato da una agenzia di PR;
- monitoraggio media, effettuato da service specializzato;
- monitoraggio internet effettuato da service specializzato;
- web PR effettuato da service specializzato;
- annunci a pagamento su media offline od online;
- produzione di eventuali strumenti di comunicazione (video o stampati) e le eventuali spese di invio.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 16. PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITE D'ETÀ

La garanzia assicurativa non opera per le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che il Contraente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

L'assicurazione non opera per le persone di età superiore ai 75 anni.

Per quelle che raggiungono tale limite di età, l'assicurazione cessa dalla prima scadenza annuale del Premio, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti successivamente, premi che, in tal caso, verranno restituiti.

Art. 17. LIMITE CATASTROFALE

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio Grave, l'importo totale dell'Indennizzo dell'Assicuratore non potrà superare i Massimali specificatamente indicati nella Scheda di Polizza a seguito di un evento in volo, in mare o a seguito di un evento a terra. Qualora l'accumulo di tutte le prestazioni da riconoscere dovesse superare tali somme, gli Indennizzi saranno ridotti in proporzione al numero delle vittime e corrisposti proporzionalmente in base alla somma assicurata per ciascuno di essi.

Art. 18. LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo, salvo quanto espressamente indicato per le singole garanzie.

Art. 19. ESCLUSIONI DI COPERTURA

ESCLUSIONI GENERALI APPLICABILI A TUTTE LE GARANZIE

Ferme le Esclusioni previste dalle singole Sezioni e garanzie, sono inoltre esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni Gravi derivanti da:

- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto previsto dall'Art. 15, lett. D "Rischio Guerra";
- 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.);
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- qualsiasi infortunio che non abbia carattere professionale;
- abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- arruolamento, arruolamento volontario, il richiamo alle armi per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi.

****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, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali.

Art. 20. CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

L'Assicuratore corrisponde l'Indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'Infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennità per Invalidità Permanente è liquidata per le sole conseguenze

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 1.00156. 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

dirette cagionate dall'Infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

In caso di Infortunio, l'Indennità per Invalidità Permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, conformemente a quanto previsto dalla presente Polizza.

Art. 21. CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dalla data in cui si è verificato l'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli eredi qualora non siano stati designati beneficiari dall'Assicurato la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiederà rimborso nel caso contrario.

Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato morisse per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità fosse già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Viceversa, se il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, e quindi prima che l'Indennità sia liquidata o offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

Art. 22. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - DECADENZA

Non sarà riconosciuto alcun Indennizzo nei seguenti casi:

- Sinistri denunciati all'Assicuratore dopo 15 giorni dal loro accadimento, laddove tale ritardo comporti il peggioramento dell'evento conseguente al Sinistro stesso;
- rilascio intenzionale di informazioni false o alterazione di documenti probatori, con l'intenzione di frodare l'Assicuratore: decadrà qualunque diritto alla copertura per Sinistri pur indennizzabili ai sensi di Polizza;
- ritardi nell'assunzione di misure utili a limitare le conseguenze dell'evento dannoso e ad accelerare il recupero dell'Assicurato, che dovrà sottoporsi alle cure mediche richieste dalla sua condizione. L'Assicurato potrà perdere qualunque diritto alla copertura in caso di mancato rispetto del proprio impegno per limitare l'entità del Danno o la gravità dello stato di Malattia;
- rifiuto ingiustificato nell'accesso all'Assicurato, da parte del medico dell'Assicuratore al fine di valutarne la condizione. Qualunque rifiuto ingiustificato di sottoporsi a tale esame, in seguito a notifica formale tramite posta raccomandata, farà decadere il diritto all'Indennizzo per l'Assicurato.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 23. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

A. Per la copertura Decesso da Infortunio e Invalidità Permanente da Infortunio Grave

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dall'Assicuratore, entro 15 giorni dalla data in cui il Sinistro si è verificato o dal momento in cui il Contraente o l'Assicurato o i suoi Beneficiari o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando come data di guarigione quella pronosticata dell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore. In caso di morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio l'Assicuratore deve essere informato entro i 30 giorni successivi. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'Infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare le cure prescritte e la capacità di riprendere la propria abituale attività lavorativa.

B. Per la copertura Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio Grave

- Fatture relative alle spese mediche sostenute;
- Evidenze mediche attestanti 'Infortunio Grave.

C. Per la copertura Coma da infortunio:

- Certificato medico attestante lo stato di Coma continuativo da Infortunio dell'Assicurato oltre i 10 (dieci) giorni

D. Per la copertura Ristrutturazione dell'abitazione:

- Elenco degli interventi effettuati;
- Fatture relative agli interventi di adeguamento;
- Evidenze mediche attestanti 'Infortunio Grave.

E. Per la copertura Riconversione dell'Autoveicolo:

- Elenco degli interventi effettuati;
- Fatture relative agli interventi di adeguamento;
- Evidenze mediche attestanti 'Infortunio Grave.

F. Per la copertura Rimborso costi di assistenza psicologica:

- Fatture relative alla consulenza del medico e/o psicologo;
- Evidenze mediche attestanti 'Infortunio Grave.

G. Per la copertura Retraining, terapia occupazionale, o adattamento postazione di lavoro:

- Elenco degli interventi effettuati;

- Fatture relative agli interventi di adeguamento;
- Evidenze mediche attestanti 'Infortunio Grave.

H. Per i Costi di Comunicazione

- Elenco degli interventi/attività effettuati;
- Fatture relative agli interventi/attività.

Art. 24. PROVA

Colui che richiede l'Indennità e/o i rimborsi prestati 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, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Art. 25. 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. 26. PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

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

Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

Contatti

Chubb European Group SE

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 -Milano

Telefono: 02 270951

Fax: 02 27095333

Mail: info.italy@chubb.com

www.chubb.com/it

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 1.00156. 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

EU-#752257673v1