

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: Chubb Easy Solutions – Multirischi Clinical Trials - Polizza di Assicurazione della Responsabilità Civile Derivante da Sperimentazioni Cliniche e Assicurazione Infortuni

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 a copertura della responsabilità civile dell'Assicurato in relazione alla promozione, all'organizzazione, alla direzione e allo svolgimento di una sperimentazione clinica, nell'ambito dell'obbligo previsto dalla normativa italiana di stipulare una specifica assicurazione.



Che cosa è assicurato?

- ✓ L'importo che l'Assicurato è legalmente tenuto a risarcire per danni involontariamente causati alle persone che partecipano alla sperimentazione clinica in caso di morte o menomazione permanente e/o temporanea dello stato di salute, inclusi i danni patrimoniali correlati
- ✓ La responsabilità civile dello sperimentatore, dei suoi collaboratori, del monitor e dell'istituzione sanitaria in cui la sperimentazione viene svolta
- ✓ Morte e invalidità permanente da infortunio

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Sperimentazioni cliniche non regolarmente autorizzate
- ✗ Danni derivanti da intenzionale o consapevole violazione del protocollo di sperimentazione
- ✗ Danni che non siano in relazione causale diretta con la sperimentazione clinica
- ✗ Mancata o parziale realizzazione da parte del prodotto sperimentato degli scopi terapeutici e/o diagnostici previsti
- ✗ Danni a donne in stato di gravidanza e/o malformazioni genetiche al feto se tali rischi non sono stati indicati nel protocollo e nel consenso informato
- ✗ Danni derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non derivanti dalla legge
- ✗ Abusi e molestie
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, sport aerei in genere
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore
- ✗ 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

- ✗ 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?

- ! L'assicurazione copre gli eventi dannosi verificatisi durante il periodo di validità della polizza purché si siano manifestati non oltre 24 mesi dalla fine della sperimentazione o dell'assicurazione e la richiesta di risarcimento sia stata presentata entro 36 mesi dalla fine della sperimentazione o dell'assicurazione (garanzia postuma), con la possibilità di estendere a 10 anni per le sperimentazioni su minori o con terapie geniche, cellulari e radiofarmaci
- ! La copertura prevede l'applicazione di una franchigia
- ! Sono applicabili franchigie e sottolimiti di indennizzo specifici per ogni garanzia
- ! Sezione Infortuni: l'assicurazione cessa al compimento del 75° anno di età; tuttavia, superato tale limite l'assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale tra Assicurato e Assicuratore
- ! 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?

- ✓ Italia



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, informare sulla data di inizio e fine della sperimentazione, fornendo copia del protocollo e del consenso informato
- Comunicare all'Assicuratore immediatamente ogni variazione che intervenga nella sperimentazione rispetto alla procedura inizialmente approvata
- Denunciare il sinistro per iscritto all'Assicuratore entro 10 giorni da quando se ne sia venuti a conoscenza



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato all'Assicuratore tramite l'Intermediario a cui la polizza è assegnata, altrimenti direttamente all'Assicuratore tramite bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza del periodo assicurativo se il premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 24 del giorno del pagamento. La copertura termina con la scadenza del periodo di assicurazione (fatti salvi i termini di manifestazione e denuncia della garanzia postuma).



Come posso disdire la polizza?

La polizza non si rinnova tacitamente, pertanto cessa alla sua scadenza senza obbligo di disdetta.

Assicurazione Sperimentazioni Cliniche

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Multirischi Clinical Trials – Polizza di Assicurazione della Responsabilità Civile
Derivante da Sperimentazioni Cliniche e Assicurazione Infortuni

DIP Aggiuntivo realizzato in data: 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 (SFRCR) disponibile al seguente link: (<https://www.chubb.com/uk-en/about-us-uk/europe-financialinformation.html>).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura Assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o Risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o Risarcimento od il riconoscimento di tale beneficio esponesse l'Impresa o la sua Capogruppo/Società Controllante o altre società del Gruppo a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori previsti da leggi, disposizioni o regolamenti dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America
- ! La copertura è soggetta all'applicazione di una franchigia, indicata nella proposta formulata dall'Impresa



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Denuncia di sinistro:

Cosa fare in caso di sinistro?	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
	Assistenza diretta/in convenzione: La polizza non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: La polizza non prevede la gestione dei sinistri da parte di altre imprese.
	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 Codice Civile. Nell'assicurazione della Responsabilità Civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro questo l'azione.
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	La polizza non prevede un termine entro il quale l'Impresa si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Premio	- Il premio viene anticipato in via provvisoria nell'importo calcolato sulla base dell'elemento variabile indicato in polizza (retribuzioni e/o fatturato), ed è regolato alla fine di ogni periodo assicurativo sulla base delle variazioni intervenute durante lo stesso periodo, fermo il premio minimo comunque dovuto anche in caso di differenza passiva - Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge - Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio e delle somme assicurate
Rimborso	Nel caso in cui, dopo l'emissione del Certificato di Assicurazione, la sperimentazione non abbia luogo e l'Assicurato chieda la cancellazione della polizza e il rimborso del premio pagato, l'Impresa rimborserà il premio trattenendo un importo pari a € 1.000,00, al netto di eventuali imposte dovute. Nel caso in cui la richiesta di cancellazione e di rimborso sia formalizzata oltre 6 mesi dopo la data di effetto della polizza, l'Impresa tratterà un premio minimo pari al 50% del premio di polizza, al netto di eventuali imposte dovute



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	- In merito alla durata dell'assicurazione, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni - Non sono previsti periodi di carenza contrattuale
Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	La polizza non prevede casi in cui il Contraente o l'Assicurato possano risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche attive nella promozione, organizzazione, direzione e svolgimento di sperimentazioni cliniche.



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 18%

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, alla Società, 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 dalla Società. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en..

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

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 all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	La polizza prevede che qualora insorga una controversia fra l'Assicurato e l'Impresa circa l'opportunità di transare una richiesta di risarcimento o di proporre appello a un giudizio o una decisione ad esse relative, l'Impresa avrà la facoltà di avvalersi del consulto con un consulente legale scelto dall'Impresa tra consulenti legali di comprovata esperienza. Qualora tale consulente consigli, tenuto conto di tutte le circostanze, di tentare una transazione l'Impresa, dopo aver essersi consultato con l'Assicurato e averne ricevuto il consenso scritto, tenterà la transazione seguendo il consiglio del consulente legale. Ove tale tentativo di transazione non abbia successo, l'Impresa continuerà a tenere indenne l'Assicurato ai sensi di tutti i termini, le condizioni, le esclusioni e le limitazioni previste dalle Condizioni di Assicurazione. Si precisa che l'Assicurato non sarà tenuto ad accettare la raccomandazione formulata dal consulente legale. 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/retailfinancial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it .

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.

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.

Chubb Easy Solutions

Polizza Multirischi Clinical Trials

Assicurazione della Responsabilità Civile Derivante da
Sperimentazioni Cliniche e Assicurazione Infortuni

Ed.02/2026

Condizioni di Assicurazione

CHUBB®

DEFINIZIONI DI POLIZZA

Ai sensi della presente Polizza, i termini seguenti riportati in maiuscolo al singolare o al plurale, assumono il seguente significato:

Assicurato:	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. In particolare, per Assicurato s'intende: - in relazione alla Sezione I – Responsabilità Civile Derivante da Sperimentazioni Cliniche”: il Contraente e gli Assicurati Addizionali indicati all'art. 5) della Sezione I – “Condizioni di Assicurazione Applicabili all'Assicurazione Responsabilità Civile Derivante da Sperimentazioni Cliniche”, nonché eventuali altri Assicurati Addizionali espressamente indicati con Condizione Particolare; - in relazione alla Sezione II – Infortuni: i Soggetti partecipanti alla Sperimentazione.
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione.
Anno Assicurativo:	Il periodo intercorrente dall'effetto alla scadenza della Polizza, anche se di durata superiore o inferiore ad un anno.
Beneficiario o Avente diritto:	Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. L'Assicurato potrà cambiare il beneficiario in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società. In mancanza di designazione i Beneficiari si intenderanno gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato ciascuno in parti uguali o, in caso di rimborso delle spese sostenute, gli Aventi diritto i quali avranno sostenuto tali spese.
Consenso Informato	La decisione di un soggetto candidato ad essere incluso in una sperimentazione, scritta, datata e firmata, presa spontaneamente, dopo esaustiva informazione circa la natura, il significato, le conseguenze ed i rischi della sperimentazione e dopo aver ricevuto la relativa documentazione appropriata. La decisione è espressa da un soggetto capace di dare il consenso, ovvero, qualora si tratti di una persona che non è in grado di farlo, dal suo rappresentante legale o da un'autorità, persona o organismo nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia. Se il soggetto non è in grado di scrivere, può in via eccezionale fornire un consenso orale alla presenza di almeno un testimone, nel rispetto della normativa vigente.
Contraente:	Il soggetto che stipula l'Assicurazione
Decadenza:	Perdita del diritto alle somme o ai servizi garantiti dal contratto di assicurazione, per mancata conformità dell'Assicurato o del Contraente a determinati obblighi imposti su di essi.
Esclusione:	Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
Estero:	Qualunque territorio o Paese al di fuori della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e dello Stato Città del Vaticano.
Franchigia:	La parte del danno risarcibile espressa in importo che rimane a carico dell'Assicurato.
Infortunio:	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Indennizzo:	La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Intermediario:	Il Broker o l'Agente iscritto al rispettivo Albo professionale.
Invalità Permanente:	Riduzione definitiva, totale o parziale, di determinate funzioni fisiche, intellettive e/o psicosensoriali dell'Assicurato, a seguito di Infortunio.

Invalidità Permanente Totale:	La totale ed irreversibile perdita di autonomia. Si verifica il caso di Invalidità Permanente Totale quando, come conseguenza di un Infortunio, viene medicalmente confermata l'impossibilità definitiva dell'Assicurato di impegnarsi in attività che gli permettano di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo e ricavare sostentamento, creando condizione di necessità di assistenza permanente di una terza persona, per le attività quotidiane ordinarie.
Massimale:	La somma massima pagabile dalla Società a titolo di Indennizzo di sinistri liquidabili a termini di Polizza.
	Massimale per Sinistro: La massima esposizione della Società per ogni Sinistro, qualunque sia il numero dei Soggetti deceduti o che abbiano subito lesioni personali.
	Massimale per Protocollo: La massima esposizione della Società per uno o più Sinistri e per l'intera durata della Sperimentazione, qualunque sia il numero dei Soggetti deceduti o che abbiano subito lesioni personali.
	Massimale per Soggetto: La massima esposizione della Società per ciascun Soggetto deceduto o che abbia subito lesioni personali.
Mezzo Pubblico Terrestre:	Qualsiasi mezzo di trasporto terrestre che operi in base a licenza di trasporto a pagamento per passeggeri, ad esclusione dei mezzi noleggiati dall'Assicurato.
Monitor:	Il soggetto che supervisiona l'esecuzione della Sperimentazione a garanzia che la stessa sia effettuata in osservanza del Protocollo, delle procedure operative standard (SOP), della buona pratica clinica (GCP) e delle disposizioni normative applicabili.
Morte:	Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio.
Polizza:	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio:	La somma dovuta alla Società.
Prodotto in Sperimentazione:	La forma farmaceutica di un principio attivo o il prodotto di tecnologia medica oggetto dell'attività sperimentale della Sperimentazione, anche impiegati come placebo o controllo, compreso un prodotto autorizzato alla commercializzazione, qualora esso venga impiegato o formulato o confezionato in modo diverso da quello autorizzato, oppure qualora venga utilizzato per un'indicazione diversa da quella approvata, o sia impiegato allo scopo di ottenere ulteriori informazioni su di un uso approvato.
Promotore	Il soggetto che si assume la responsabilità di avviare, gestire e/o finanziare la Sperimentazione.
Protocollo	Il documento che descrive l'obiettivo o gli obiettivi, la progettazione, la metodologia, gli aspetti statistici e l'organizzazione della Sperimentazione. Con il termine Protocollo si intende il Protocollo, le versioni successive e le modifiche dello stesso.
Sinistro:	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione. Gli eventi dannosi originati dalla stessa causa sono, ad ogni effetto assicurativo, considerati unico sinistro indipendentemente dal numero degli eventi stessi.
Società:	L'impresa assicuratrice, Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.
Soggetto:	La persona fisica che partecipa alla Sperimentazione come destinataria del Prodotto in Sperimentazione.
Sperimentatore:	Il medico qualificato responsabile dell'esecuzione della Sperimentazione ed i collaboratori che operano per suo conto.

<i>Sperimentazione:</i>	La Sperimentazione Clinica assicurata indicata all'Art. 1 della Sezione I – “Condizioni di Assicurazione Applicabili all'Assicurazione Responsabilità Civile Sperimentazioni Cliniche”.
<i>Sperimentazione Clinica:</i>	La sperimentazione su soggetti umani svolta presso una o più istituzioni sanitarie secondo le regole della buona pratica clinica (Good Clinical Practice - GCP) in vigore nei paesi per cui opera la presente garanzia e in conformità a quanto previsto dagli organismi di controllo preposti in materia di sperimentazioni cliniche, intesa ad identificare o verificare gli effetti clinici, farmacologici, e/o altri effetti emodinamici e/o farmacodinamici di un prodotto in sperimentazione; e/o identificare ogni reazione avversa ad un prodotto in sperimentazione; e/o studiare l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione di un prodotto/i in sperimentazione con l'obiettivo di valutarne sicurezza e/o efficacia.
<i>Termine della Sperimentazione:</i>	L'ultima prestazione effettuata secondo il Protocollo relativa all'ultimo Soggetto arruolato.
<i>Variazione:</i>	Qualunque variazione che intervenga nella Sperimentazione rispetto alla procedura inizialmente approvata (comprese, a mero titolo esemplificativo, eventuali sospensioni e/o riprese e/o mutamenti nel numero dei soggetti partecipanti o sottoposti alla procedura di sperimentazione inizialmente approvata).

NORME GENERALI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. 1) DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Fatto salvo l'esercizio del diritto all'Obligo Oncologico, le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 C.C.). L'omissione di dichiarazioni o comunicazioni da parte dell'Assicurato di una circostanza aggravante il rischio, così come qualsiasi errore od omissione non intenzionale od involontario della stessa e delle persone di cui deve rispondere a norma di legge, nonché dei suoi amministratori, non pregiudicano la validità dell'Assicurazione. Resta inteso che l'Assicurato ha l'obbligo di corrispondere alla Società il maggior Premio proporzionalmente al maggior rischio che ne deriva, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

ART. 2) ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 Cod.Civ.).

ART. 3) PAGAMENTO DEL PREMIO

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di Premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (Art. 1901 Cod.Civ.). I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società.

ART. 4) MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

ART. 5) AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento di rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (Art. 1898 C.C.).

ART. 6) DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato (Art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7) RECESSO E CANCELLAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno del pagamento o rifiuto di indennizzo, ciascuna Parte può recedere dall'Assicurazione dando all'altra un preavviso di 30 giorni. Nel solo caso in cui il recesso sia richiesto dalla Società la stessa si impegna, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso stesso, a mettere a disposizione la parte di Premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.

Oltre a quanto previsto al precedente paragrafo, la Società può recedere dall'Assicurazione nei casi contemplati dal Codice Civile.

In caso di recesso, l'Assicurazione, incluso il periodo di Copertura Postuma di cui all'Art. 4) della Sezione I – “Condizioni di Assicurazione Applicabili all'Assicurazione Responsabilità Civile Sperimentazioni Cliniche”, continua ad avere effetto, fino al Termine della Sperimentazione, nei confronti dei Soggetti arruolati alla data del recesso.

Inoltre, qualora dopo la conclusione del contratto e successivamente alla emissione del certificato di Assicurazione la Sperimentazione non abbia inizio e l'Assicurato chieda per iscritto alla Società la cancellazione dell'Assicurazione e il rimborso del Premio pagato, la Società tratterrà un Premio minimo pari a:

- Euro 1.000, nel caso in cui la richiesta di cancellazione e di rimborso sia trasmessa alla Società entro sei mesi dalla data di effetto dell'Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza;
- il 50% del Premio di Polizza nel caso in cui la richiesta di cancellazione e di rimborso sia trasmessa alla Società oltre sei mesi dalla data di effetto dell'Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza.

Tali importi sono da intendersi al netto di eventuali imposte dovute per legge.

ART. 7) RECESSO E CANCELLAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Premesso che la Società può recedere dalla presente Polizza nei casi contemplati dal Codice Civile, l'Assicurazione, incluso il periodo di Copertura Postuma di cui all'Art. 4) della Sezione I – “Condizioni di Assicurazione Applicabili all'Assicurazione Responsabilità Civile Sperimentazioni Cliniche”, continua ad avere effetto, fino al Termine della Sperimentazione, nei confronti dei Soggetti arruolati alla data del recesso.

Inoltre, qualora dopo la conclusione del contratto e successivamente alla data di effetto dell'Assicurazione indicata nella Scheda di Polizza, la Sperimentazione non abbia inizio e l'Assicurato chieda per iscritto alla Società la cancellazione dell'Assicurazione e il rimborso del Premio pagato, la Società tratterà un Premio minimo pari a:

- Euro 1.000, nel caso in cui la richiesta di cancellazione e di rimborso sia trasmessa alla Società entro sei mesi dalla data di effetto;
- il 50% del Premio di Polizza nel caso in cui la richiesta di cancellazione e di rimborso sia trasmessa alla Società oltre sei mesi dalla data di effetto.

Tali importi sono da intendersi al netto di eventuali imposte dovute per legge.

ART. 8) DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto cesserà alla sua naturale scadenza, senza obbligo di disdetta.

ART. 9) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

ART. 10) FORO COMPETENTE

Foro competente è esclusivamente quello di Milano.

ART. 11) RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, a cui si fa rinvio per tutto quanto qui non espressamente disciplinato.

ART. 12) FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETÀ

Il Contraente potrà inviare alla Società o, ove incaricato, all'Intermediario, mediante lettera raccomandata, posta elettronica (e-mail), PEC o altro valido mezzo documentabile, tutte le comunicazioni e/o dichiarazioni in merito al contenuto del presente contratto, ad eccezione della sola disdetta che dovrà essere inviata esclusivamente alla Società e, per quanto da esso non regolato, in merito a quanto stabilito dalle norme di legge. A tale scopo resta inteso che avrà valore la data di spedizione risultante dai documenti provanti l'avvenuta comunicazione.

ART. 13) NON OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA IN CASO DI APPLICAZIONE DI SANZIONI INTERNAZIONALI

La Società non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento od il riconoscimento di tale beneficio esponesse la Società o la sua Capogruppo, la Società Controllante o altre società del Gruppo a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori previsti da leggi, disposizioni o regolamenti dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Questa clausola prevarrà su qualsiasi condizione contraria eventualmente contenuta in questa Polizza.

SEZIONE I - CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE R.C. SPERIMENTAZIONI CLINICHE

ART. 1) SPERIMENTAZIONI ASSICURATE

La Sperimentazione oggetto della presente copertura è la seguente

- a) Protocollo No.: [...]
- b) Titolo: [...]
- c) Farmaco/Dispositivo Medico: [...]
- d) D. EUDRA/ EU CTR No: [...]
- e) Promotore/Sperimentatore: [...]
- f) Indirizzo Promotore/Sperimentatore: [...]
- g) Inizio della sperimentazione: [...]
- h) Termine della sperimentazione: [...]
- i) Soggetti No: [...]
- j) Centri di sperimentazione No.: [...]

ART. 2) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto questi sia tenuto a pagare quale civilmente responsabile ai sensi di legge a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati ai Soggetti per morte, menomazioni permanenti e/o temporanee dello stato di salute, inclusi i danni patrimoniali correlati, verificatisi in relazione alla promozione, organizzazione, direzione e svolgimento dell'attività sperimentale di cui alla Sperimentazione assicurata, purché tali danni siano conseguenza diretta della stessa e di fatti verificatisi durante il periodo di validità dell'Assicurazione e purché la manifestazione di tali danni e la richiesta di risarcimento degli stessi si siano verificate nei termini di cui al successivo Art. 4) "Inizio e termine della garanzia - Copertura Postuma".

L'Assicurazione vale anche per la responsabilità civile che possa derivare all'Assicurato da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere.

ART. 3) LIMITI DI INDENNIZZO

Il Massimale Per Sinistro e Per Protocollo indicato in Polizza rappresenta il massimo esborso della Società per Anno Assicurativo.

ART. 4) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – COPERTURA POSTUMA

L'Assicurazione vale per i Sinistri verificatisi durante il periodo di validità dell'Assicurazione, purché si siano manifestati non oltre ventiquattro mesi dal Termine della Sperimentazione e/o dell'Assicurazione, per i quali sia stata presentata richiesta di risarcimento entro trentasei mesi dal Termine della Sperimentazione e/o dell'Assicurazione.

ART. 5) INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA – COPERTURA POSTUMA

L'Assicurazione vale per i Sinistri verificatisi durante il periodo di validità dell'Assicurazione, purché si siano manifestati non oltre **ventiquattro** mesi dal Termine della Sperimentazione e/o dell'Assicurazione, per i quali sia stata presentata richiesta di risarcimento entro **trentasei** mesi dal Termine della Sperimentazione e/o dell'Assicurazione.

ART. 6) ASSICURATI ADDIZIONALI

L'Assicurazione si intende estesa anche alla responsabilità civile ai sensi di legge derivante allo Sperimentatore dalla conduzione dell'attività sperimentale di cui alla Sperimentazione, ai collaboratori dello stesso, a Monitor e all'istituzione sanitaria, inclusi laboratori ed altre sedi esterne, in cui la Sperimentazione viene svolta. Si precisa, inoltre, che il Massimale per Sinistro indicato in Polizza rappresenta la massima esposizione della Società anche in caso di corresponsabilità tra più Assicurati.

ART. 7) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

- a) Il Contraente deve informare immediatamente la Società sulla data di inizio e di Termine della Sperimentazione, fornendo prima dell'inizio di ogni Sperimentazione copia del Protocollo completo di Consenso Informato;
- b) il Contraente dovrà notificare immediatamente alla Società ogni Variazione (comprese eventuali sospensioni e/o riprese) che intervenga nella Sperimentazione rispetto alla procedura inizialmente approvata.

ART. 8) ESCLUSIONI

La garanzia non opera in caso di:

- a) Sperimentazioni non regolarmente autorizzate e/o intenzionalmente svolte in maniera difforme da quanto autorizzato dalle Autorità competenti;
- b) danni derivanti da intenzionale o consapevole violazione del Protocollo ovvero delle norme che disciplinano le Sperimentazioni Cliniche di formulazioni farmaceutiche e/o di dispositivi medici;
- c) danni che non siano in relazione causale e diretta con la Sperimentazione;
- d) reclami dovuti al fatto che il Prodotto in Sperimentazione non realizza, o realizza parzialmente, gli scopi terapeutici e/o diagnostici previsti;
- e) danni a donne in stato di gravidanza e/o malformazioni genetiche al feto, se nel Protocollo e nel Consenso Informato non vengono indicati tali rischi e le misure di prevenzione da adottare in relazione alla Sperimentazione;
- f) danni derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivantigli dalla legge.

danni direttamente o indirettamente derivanti da o conseguenti a guerra, invasione, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare e Terrorismo.

ART. 8) ESCLUSIONI

La garanzia non opera in caso di:

- a) Sperimentazioni non regolarmente autorizzate e/o intenzionalmente svolte in maniera difforme da quanto autorizzato dalle Autorità competenti;
- b) danni derivanti da intenzionale o consapevole violazione del Protocollo ovvero delle norme che disciplinano le Sperimentazioni Cliniche di formulazioni farmaceutiche e/o di dispositivi medici;
- c) danni che non siano in relazione causale e diretta con la Sperimentazione;
- d) reclami dovuti al fatto che il Prodotto in Sperimentazione non realizza, o realizza parzialmente, gli scopi terapeutici e/o diagnostici previsti;
- e) danni a donne in stato di gravidanza e/o malformazioni genetiche al feto, se nel Protocollo e nel Consenso Informato non vengono indicati tali rischi e le misure di prevenzione da adottare in relazione alla Sperimentazione;
- f) danni derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato e non direttamente derivantigli dalla legge.
- g) responsabilità civile personale e professionale del personale medico, paramedico ed infermieristico partecipante alla sperimentazione.

danni direttamente o indirettamente derivanti da o conseguenti a guerra, invasione, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare e Terrorismo.

ART. 9) ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia è valida per le Sperimentazioni effettuate esclusivamente in Italia. L'assicurazione non vale per richieste di risarcimento e/o azioni legali intentate nell'ambito delle giurisdizioni di Stati Uniti, Canada ed altri territori che ricadano sotto la giurisdizione di tali paesi.

ART. 10) GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del Massimale stabilito in Polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese vengono ripartite fra Società ed Assicurato in proporzione al rispettivo interesse (art. 1917 Cod. Civ.).

La Società non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe od ammende né delle spese di giustizia penale.

ART. 11) FRANCHIGIA

A parziale integrazione di quanto disposto all'Art. 2) "Oggetto dell'Assicurazione" ed all'Art. 10) "Gestione delle vertenze di danno – Spese Legali", si prende atto che, fermo l'obbligo di rimborso a carico dell'Assicurato, la Società si obbliga a liquidare eventuali sinistri indennizzabili a termini di Polizza al lordo della Franchigia applicabile.

ART. 12) ESCLUSIONE DANNI DA ABUSI E MOLESTIE

Sono esclusi dall'Assicurazione danni, perdite, costi o spese direttamente o indirettamente derivanti da:

- a) accertati, presunti o minacciati abusi o molestie, da parte di chiunque a danno di qualunque persona; o
- b) il rapporto di lavoro o il mantenimento del rapporto di lavoro con, l'indagine su, la supervisione di o la denuncia od omessa denuncia alle autorità competenti di una persona di cui l'Assicurato è o è stato mai responsabile, in relazione alla condotta esclusa ai sensi del punto a) sopra riportato.

ART. 13) NORME DA SEGUIRE IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Intermediario a cui è assegnata la Polizza oppure alla Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (Art. 1913 Cod.Civ.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 Cod.Civ.).

L'Assicurato deve inoltre:

- adoperarsi diligentemente per il contenimento e la diminuzione del danno,
- fornire denuncia dettagliata all'Intermediario ed alla Società inviando le richieste di risarcimento e la documentazione sui danni,
- collaborare alla ricerca delle cause del sinistro ed entità dei danni, conservando ogni elemento utile a tale scopo.

ART. 14) REGOLAZIONE DEL PREMIO

Se il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla scadenza finale del contratto polizza, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo il premio minimo stabilito in polizza.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla scadenza finale del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari e cioè, a seconda del caso, l'indicazione degli elementi variabili contemplati in polizza.

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo, al quale si riferisce la mancata regolazione.

La Società ha diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie alla regolazione del premio, incluso il registro dei pazienti limitatamente all'accertamento del numero degli stessi.

SEZIONE II – CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE APPLICABILI ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Quanto previsto dalla presente Sezione è valido a condizione che la Sezione sia richiamata come "OPERANTE" nella SCHEDA DI POLIZZA

ART. 1) AMBITO DI OPERATIVITÀ

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni di cui al successivo Art. 6) "Esclusioni di Copertura", per gli Infortuni che l'Assicurato subisca:

- durante il trasferimento dall'abitazione o dal luogo di lavoro ai locali dove dovrà effettuarsi la Sperimentazione con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000;
- durante il ritorno dai locali dove si è effettuata la Sperimentazione alla propria abitazione oppure al proprio posto di lavoro con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n° 38/2000;
- durante la permanenza nei locali dove si effettua la Sperimentazione.

ART. 2) PRESTAZIONI ASSICURATE: MORTE DA INFORTUNIO

In caso di Infortunio che provochi la Morte dell'Assicurato, entro 730 giorni dall'Infortunio stesso, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato nella Scheda di Polizza ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

ART. 3) PRESTAZIONI ASSICURATE: MORTE PRESUNTA

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la Morte, la Società liquiderà il capitale assicurato riportato nella Scheda di Polizza ai Beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi 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 Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte della Società, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, la Società avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

ART. 4) PRESTAZIONI ASSICURATE: INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Qualora l'Infortunio dovesse avere per conseguenza una Invalidità Permanente, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data dell'Infortunio, la Società liquiderà un importo calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Totale Permanente riportata nella Scheda di Polizza, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della polizza. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla predetta 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.

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

ART. 5) LIMITE CATASTROFALE

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, l'importo totale dell'indennizzo della Società non potrà superare Euro 30.000.000 a seguito di un evento in volo o in mare, Euro 50.000.000 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. 6) ESCLUSIONI DI COPERTURA

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni derivanti da:

- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 5 "Limite Catastrofale";
- 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;
- pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della Scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi
- uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei;
- stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- arruolamento - dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale; restano comunque inclusi nella copertura assicurativa gli infortuni occorsi durante i richiami per esercitazioni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio.

ART. 7) PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITE D'ETÀ

La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcoolismo e/o 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.

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

L'assicurazione cessa al compimento del 75° anno d'età di ciascun Assicurato. Tuttavia, l'assicurazione potrà essere mantenuta con patto speciale a condizioni da concordarsi, previa presentazione entro 30 giorni dal compimento del 75° anno di età, di un certificato medico attestante buona salute e relativa contestuale approvazione da parte della Società formulata a proprio insindacabile giudizio mediante emissione di apposita appendice.

ART. 8) LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione è valida per tutti i Paesi del mondo. ~~Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.~~

ART. 9) CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

ART. 10) CUMULO DI INDENNITÀ

Se dopo il pagamento di una indennità per Invalidità Permanente, ma entro 365 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muoia, la Società corrisponderà ai beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non chiede 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, la Società erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che la Società abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di invalidità permanente, pertanto prima che l'indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante consegna alla Società di adeguata documentazione idonea ad accertare l'invalidità permanente.

ART. 11) DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE - DECADENZA

Non sarà riconosciuto alcun indennizzo nei seguenti casi:

- sinistri denunciati alla Società dopo 5 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 la Società: 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 perderà qualunque diritto alla copertura in caso di mancato rispetto del proprio impegno per limitare l'entità del danno;
- rifiuto ingiustificato nell'accesso all'Assicurato, da parte del medico della Società 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.

È fatto salvo l'esercizio del diritto all'Oblio Oncologico.

ART. 12) PROCEDURE PER LA DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato e/o il Contraente deve denunciare alla Società il sinistro entro 15 giorni dall'Infortunio stesso o dal momento in cui i Beneficiari o Avenuti 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. Se l'Infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata 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 la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

ART. 13) 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 dalla Società; a tale fine, anche sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

ART. 14) CONTROVERSIE

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio le Parti si impegnano a conferire mandato ad un Collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti di Polizza. La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (inclusa l'Impresa di Assicurazione) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso della Società, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte. Il terzo medico viene scelto dalle Parti, sopra una terna di nomi proposta dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la parte attrice convoca il Collegio Medico, invitando l'altra parte a presentarsi. Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, a norma di Polizza. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

ART. 15) RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio.

ART. 16) 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.

INFORMATIVA BREVE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group SE – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento - trattiamo i dati personali da Lei forniti o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze nonché per la valutazione di eventuali richieste di indennizzo derivanti dal verificarsi di un sinistro. I dati che potranno essere da noi trattati sono dati personali identificativi e di recapito, quali ad esempio nome, cognome, indirizzo, numero di polizza, dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati così come, previo Suo consenso, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti al Suo stato di salute (di seguito tutti insieme i **"Dati"**) nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del sinistro, definire il livello di rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni Sua specifica richiesta. Inoltre nel caso Le venga richiesto il suo specifico consenso espresso, i dati potranno essere utilizzati per contattarla con strumenti tradizionali (per posta e tramite telefono e con l'ausilio di un operatore) ed automatizzati (per posta elettronica, sms, mms, fax e social media) per inviarle offerte sui nostri prodotti. Resta inteso che in ogni momento Lei potrà revocare tale consenso o limitarlo anche ad uno solo dei suddetti canali di comunicazione. Precisiamo che tale ultima finalità verrà perseguita solo nel caso sia richiesto ed ottenuto il Suo consenso a tale trattamento.

Per lo svolgimento delle sole finalità amministrative e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite.

I dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte.

Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group SE - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, Lei ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei suoi Dati da parte di Chubb, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link <https://www2.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.aspx>. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com

Preso atto dell'informativa qui sopra riportata, fornitemi all'atto della sottoscrizione della polizza, acconsento al trattamento dei dati personali e/o sensibili per finalità assicurative, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa con le modalità e nei limiti sopra descritti.

Luogo e Data

Firma del Contraente

(se Ente, Ditta o Società apporre anche il timbro)