

YOLO Sport
assicurazione infortuni, assistenza e
responsabilità civile

Fascicolo Informativo

CHUBB®

I contatti di Chubb

- Per attivare i **servizi di Assistenza**, chiami il numero verde, gratuito dall'Italia:



se ci chiama dall'estero, componga il numero: 0039 02 24128371.

- Per denunciare un sinistro di **Infortunio**, può:
 - inviare una e-mail all'indirizzo: chubb.denunce@chubb.com
 - inviare una raccomandata AR a:
Chubb European Group Ltd, Ufficio Sinistri
Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano

- Per denunciare un sinistro di **Responsabilità Civile**, può:
 - inviare una e-mail all'indirizzo: chubb.denunce@chubb.com
 - inviare una raccomandata AR a:
Chubb European Group Ltd, Ufficio Sinistri
Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano

- Se vuole **parlare con noi**, chiami il numero verde, gratuito dall'Italia:



se ci chiama dall'estero, componga il numero: 0039 02 91979740.

YOLO Sport *contratto di assicurazione Infortuni, Assistenza e Responsabilità Civile*

emesso e garantito da
Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della polizza o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Data dell'ultimo aggiornamento del presente Fascicolo Informativo: Maggio 2017

Indice

I contatti di Chubb	2
Fascicolo Informativo	3
Nota Informativa	5
A) Informazioni Sulla Società	5
1. Informazioni generali	5
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale	Errore. Il segnalibro non è definito.
B) Informazioni Sul Contratto	5
3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni	5
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità	7
5. Aggravamento o diminuzione del rischio e variazione della professione	7
6. Premi	7
7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	7
8. Rivalse	7
9. Diritto di recesso	7
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	7
11. Legge applicabile al contratto	7
12. Regime fiscale	8
C) Informazioni sulle Procedure Liquidative e sui Reclami	8
13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	8
14. Reclami	8
15. Arbitrato	8
Glossario	9
Condizioni di Assicurazione	12
Capitolo 1: Definizioni	12
Capitolo 2: Oggetto dell'assicurazione	13
Art. 1. Oggetto dell'assicurazione	13
Art. 2. Estensioni di garanzie	13
Art. 3. Persone assicurate	13
Capitolo 3: Prestazioni Assicurate	13
Art. 4. Invalidità permanente da infortunio	13
Art. 5. Diaria da ricovero da Infortunio	13
Art. 6. Indennità da frattura	13
Art. 7. Rimborso spese mediche a seguito di infortunio	14
Art. 8. Premessa	14
Art. 9. Consulenza medica telefonica	14
Art. 10. Ricerca ed invio di un medico specialista	14
Art. 11. Assistenza presso l'abitazione	15
Art. 12. Fisioterapista a domicilio	15
Art. 13. Responsabilità Civile	15
Art. 14. Novero dei Terzi	15
Capitolo 4: Delimitazioni ed Esclusioni	16
Art. 15. Dichiarazioni false o reticenti	16
Art. 16. Limiti di età	16
Art. 17. Persone non assicurabili. Aggravamento del rischio	16
Art. 18. Massimali	16
Art. 19. Esclusioni generali	16
Art. 20. Criteri di indennizzabilità	18
Capitolo 5: Premio Di Assicurazione	18
Art. 21. Determinazione del premio di assicurazione	18
Capitolo 6: Effetto E Durata Del Contratto	18
Art. 22. Data di Effetto del Contratto	18
Art. 23. Durata del Contratto	18
Capitolo 7: Denuncia Di Sinistro	18
Art. 24. Adempimenti in caso di sinistro	18
Art. 25. Gestione dei sinistri. Controversie in caso di sinistro	19
Capitolo 8: Norme Comuni	19
Art. 26. Altre assicurazioni	19
Art. 27. Rinuncia al diritto di rivalsa	19
Art. 28. Foro competente	19
Art. 29. Oneri fiscali	19
Art. 30. Forma delle comunicazioni	19
Art. 31. Rinvio alle norme di legge	19

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A) Informazioni Sulla Società

1. Informazioni generali

La Società Chubb European Group Limited con sede legale a Londra (Gran Bretagna) EC3A 3BP, 100 Leadenhall Street e appartenente al gruppo Chubb Limited, è autorizzata e soggetta alla vigilanza del Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA UK (l'Autorità di Vigilanza dei servizi assicurativi in Gran Bretagna). La presente polizza è conclusa con la Rappresentanza Generale per l'Italia – con sede legale in Milano, Via Fabio Filzi n. 29 – 20124, sito internet <https://www.chubb.com/it>, tel. 02 270951, fax 02 27095333, indirizzo email info.italy@chubb.com.

L'attività di Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS che l'ha autorizzata all'esercizio delle assicurazioni in regime di stabilimento, con numero di iscrizione all'albo delle imprese di assicurazione n. I.00043. I sistemi normativi vigenti in altri paesi in cui opera Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quelli esistenti nel Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale*

Il patrimonio netto di ACE European Group Ltd. al 31 dicembre 2015 è pari a £ 1.078,763 milioni (€1.469,805 milioni) e comprende il capitale sociale pari a £ 544,741 milioni (€ 742,205 milioni) e le riserve patrimoniali pari a £ 534,022 milioni (€ 727,600 milioni). Gli importi in Euro sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 31 Dicembre 2015 (GBP 1 = €1,362491). L'indice di solvibilità dell'impresa, inteso come il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari a 5,18.

*A maggio 2017 ACE European Group Limited ha cambiato la propria denominazione sociale in Chubb European Group Limited. Si riportano pertanto i dati patrimoniali (riferiti all'ultimo bilancio approvato al 31 dicembre 2015) di ACE European Group Ltd. I dati patrimoniali di Chubb European Group Limited saranno disponibili a seguito di approvazione del bilancio al 31 dicembre 2017. Al fine di garantire il corretto aggiornamento delle informazioni finanziarie della Società si precisa che tali dati sono pubblicati sul sito: <http://investors.chubb.com/investor-relations/financials/annual-reports/default.aspx>.

B) Informazioni Sul Contratto

Il contratto di assicurazione è emesso con durata predeterminata, scelta dal Contraente alla stipula del contratto, tra quelle disponibili di 1, 3, 7 giorni e non prevede il tacito rinnovo.

Avvertenza

Non è prevista la facoltà di recedere dal Contratto di Assicurazione, che rimarrà vigente per il periodo per il quale è stato corrisposto il premio unico di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Nei limiti ed alle Condizioni di Assicurazione che seguono, la presente polizza fornisce sempre le coperture:

SEZIONE INFORTUNI

Invalità permanente da infortunio

Nel caso in cui un infortunio definito a termini di polizza, entro 730 giorni dalla data dell'infortunio stesso, provocasse conseguenze dirette di invalidità permanente, l'assicuratore liquiderà la somma assicurata per invalidità assoluta.

Si veda l'Art. 4 "Invalidità permanente da infortunio" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Diaria da ricovero da infortunio

Qualora, a seguito di infortunio definito a termini di polizza, l'assicurato fosse ricoverato in un istituto di cura, l'assicuratore erogherà all'assicurato stesso una diaria per ciascun giorno di ricovero.

Si veda l'Art. 5 "Diaria da ricovero da infortunio" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Indennità da frattura

Qualora, a seguito di infortunio definito a termini di polizza, l'assicurato riportasse una o più fratture ossee, l'assicuratore e erogherà l'indennizzo previsto per tale evento.

Si veda l'Art. 6 "Indennità da frattura" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

In caso di infortunio definito a termini di polizza, l'assicuratore rimborserà all'assicurato -o agli aventi diritto- il costo delle cure mediche sostenute a seguito dell'infortunio stesso.

Si veda l'Art. 7 "Rimborso spese mediche a seguito di infortunio" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione

SEZIONE ASSISTENZA

Consulenza medica telefonica

In caso di infortunio o malattia improvvisa definiti a termini di polizza, la Struttura Organizzativa utilizzata dall'assicuratore assisterà telefonicamente l'assicurato organizzando un consulto telefonico con i propri medici.

Si veda l'Art. 9 "Consulenza medica telefonica" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Ricerca ed invio di un medico specialista

Qualora il servizio medico della Struttura Organizzativa utilizzata dall'assicuratore reputasse necessario, a seguito di consulenza medica telefonica, l'invio di un medico specialista presso l'abitazione dell'assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un medico qualificato nel luogo di permanenza dell'assicurato.

Si veda l'Art. 10 "Ricerca ed invio di un medico specialista" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza presso l'abitazione

Qualora all'assicurato venga prescritto un periodo di convalescenza di almeno 5 giorni, successivamente alle dimissioni dal ricovero ospedaliero, l'assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa utilizzata dall'assicuratore di ricevere assistenza per: consegna domiciliare della spesa, invio di collaboratrice domestica, disbrigo di commissioni urgenti e di sostenerne i costi fino alla concorrenza della somma assicurata.

Si veda l'Art. 11 "Assistenza presso l'abitazione" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

Fisioterapista presso l'abitazione

Qualora all'assicurato venga prescritto un ciclo di fisioterapia, successivamente alle dimissioni dal ricovero ospedaliero, l'assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa utilizzata dall'assicuratore di ricercare ed inviare presso la propria abitazione un professionista e di sostenerne i costi fino alla concorrenza della somma assicurata.

Si veda l'Art. 12 "Fisioterapista a domicilio" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE

Responsabilità Civile per lesioni personali e danni materiali cagionati a Terzi

L'assicuratore presta la copertura per la responsabilità civile derivante all'assicurato in relazione a fatti privati che si verifichino nel corso del periodo di assicurazione. In particolare, sono a carico dell'assicuratore le somme (capitale, interessi e spese) che l'assicurato sia legalmente tenuto a pagare a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a cose o animali, in conseguenza di un fatto accidentale commesso nell'ambito della vita privata.

Si veda l'Art. 13 "Responsabilità Civile" del Capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

COMUNE A TUTTE LE PRECEDENTI SEZIONI

Avvertenza

Sono previste delle esclusioni e delimitazioni delle coperture assicurative, ovvero delle condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo al mancato pagamento delle somme, come indicato negli articoli del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Su specifiche prestazioni l'assicuratore può applicare franchigie, scoperti (limitazione della prestazione assicurata che fanno gravare parte del danno sull'Assicurato) e massimali (importo massimo liquidabile dalla Società a titolo di risarcimento del danno). Tutte le informazioni di dettaglio su tali limitazioni sono contenute negli articoli di riferimento del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

E' previsto un limite massimo di età assicurabile. Tutte le informazioni di dettaglio su tale limitazione sono contenute negli articoli di riferimento del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

Esempio di meccanismo di applicazione del massimale per garanzia "Rimborso spese mediche a seguito di infortunio" con massimale di € 500 e franchigia di € 100:

- primo caso: spese indennizzabili sostenute pari a € 500 = indennizzo pari a € 400 (€ 500 - € 100);
- secondo caso: spese indennizzabili sostenute pari a € 1.000 = indennizzo pari a € 500.

Esempio di meccanismo di applicazione della franchigia assoluta per garanzia "Rimborso spese mediche da infortunio" con franchigia assoluta di € 100:

- spese indennizzabili sostenute pari a € 400 = indennizzo pari a € 300 (€ 400 - € 100).

Esempio di meccanismo di applicazione della franchigia assoluta per garanzia "Invalidità permanente da infortunio" con franchigia del 40% assoluta:

- un sinistro dal quale risultasse un danno pari a 60 punti percentuali (60%) comporterebbe un indennizzo pari al 100% (cento per cento) della somma assicurata;
- un sinistro dal quale risultasse un danno pari a 39 punti percentuali (39%) non darà luogo ad alcun indennizzo.

Esempio di meccanismo di applicazione della franchigia per la sezione Responsabilità Civile:**CASO A** - (esempio di applicazione della franchigia)

- La richiesta danni ammonta ad € 10.000 e la garanzia colpita da sinistro è prestata con la franchigia di € 1.000.
- Il risarcimento al Terzo ammonta ad € 10.000.

La somma dovuta dall'assicuratore è pari ad € 10.000 - € 1.000 = € 9.000, pertanto l'assicuratore richiederà al contraente il rimborso dell'importo di € 1.000 quale franchigia contrattuale.

CASO B - (esempio di applicazione di uno scoperto percentuale con minimo scoperto in valore assoluto)

- B1) La richiesta danni ammonta ad € 3.000 e la garanzia colpita da sinistro è prestata con uno scoperto del 10% con il minimo di € 1.000 e il calcolo dello scoperto è: € 3.000 x 10% = € 300 (importo inferiore al minimo); dunque l'importo minimo applicabile sarà € 1.000. Il risarcimento al Terzo ammonta a € 3.000.

La somma dovuta dall'assicuratore è pari a € 3.000 - € 1.000 (minimo) = € 2.000, pertanto l'assicuratore richiederà al contraente il rimborso dell'importo di € 1.000 quale franchigia contrattuale.

- B2) La richiesta danni ammonta ad € 30.000 e il calcolo dello scoperto è: € 30.000 x 10% = € 3.000 (maggiore del minimo). Il risarcimento al Terzo ammonta a € 30.000.

La somma dovuta dall'assicuratore è pari a € 30.000 - € 3.000 (scoperto) = € 27.000, pertanto l'assicuratore richiederà al contraente il rimborso dell'importo di € 3.000 quale franchigia contrattuale.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Nullità**Avvertenza**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relativamente a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del Contratto di Assicurazione, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione del Contratto di Assicurazione.

Avvertenza

Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che non sono previste delle cause di nullità del Contratto di Assicurazione (ad esempio: cessazione del rischio, inesistenza del rischio).

Resta inteso che sono previste delle cause di annullamento o sospensione del Contratto (come ad esempio il mancato pagamento del premio), come previsto della normativa vigente. Tutte le informazioni in merito a condizioni che possono determinare l'annullamento o la sospensione del contratto sono indicate negli articoli del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

5. Aggravamento o diminuzione del rischio e variazione della professione

La Società non richiede al Contraente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come, ad esempio, la variazione della professione. Resta precisato che se, nel corso del contratto, dovessero verificarsi condizioni come ad esempio: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi collegate, l'assicurazione stessa cesserà indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. Tutte le informazioni in merito a cause di aggravamento del rischio sono indicate negli articoli del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI delle Condizioni di Assicurazione.

6. Premi

Il premio deve essere pagato all'assicuratore, per il tramite dell'intermediario che ha collocato la polizza mediante addebito su carta di credito intestata al contraente o altro metodo di pagamento elettronico, in un'unica soluzione ed anticipatamente per tutta la durata della polizza. Nel caso di successiva verifica di mancato pagamento del premio, si determina l'applicazione dell'Art. 1901 del Codice Civile, mentre il pagamento del premio costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile. Tutte le informazioni relative all'importo corrispondente al premio di assicurazione, così come le procedure per il pagamento, sono riportate negli articoli del CAPITOLO 5 - PREMIO DI ASSICURAZIONE delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

La Società può applicare sconti di premio nell'ambito di specifiche attività promozionali.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio e le somme assicurate non sono rivalutati automaticamente in base ad indici di riferimento.

8. Rivalse

Non è previsto il diritto di rivalsa nei confronti dell'Assicurato, per le prestazioni di cui alla Sezione Responsabilità Civile. In deroga all'Articolo 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.

9. Diritto di recesso

Non è prevista la facoltà di recedere dal contratto.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali relativi al presente contratto sono quelli della normativa italiana, e sono a carico del contraente. I premi di polizza sono assoggettati ad aliquote differenti, per le imposte di legge, come segue: Infortuni: 2,50%; Assistenza: 10%; Responsabilità Civile: 22,25%.

C) Informazioni sulle Procedure Liquidative e sui Reclami

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

In caso di sinistro, l'Assicurato deve inoltrare la denuncia alla Società secondo le modalità indicate negli articoli di riferimento del CAPITOLO 7 - DENUNCIA DI SINISTRO delle Condizioni di Assicurazione, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Avvertenza

Per le prestazioni di assistenza, come riportate nelle Condizioni di Assicurazione, l'assicuratore si avvale della Struttura Organizzativa di IMA Servizi Scarl, quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge. Si richiama l'attenzione del contraente sulle procedure di autorizzazione specifiche, come riportato nella sezione "Assistenza" del capitolo 3 "Prestazioni assicurate e relative limitazioni" delle Condizioni di Assicurazione.

14. Reclami

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 recapiti:

- Chubb European Group - Ufficio Reclami, Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano;
- Fax 02.27095.430;
- e-mail: ufficio.reclami@chubb.com.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione dello stesso da parte della Società, 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. 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 potranno essere indirizzati anche al Financial Ombudsman Service (FOS), di cui Chubb è membro, ai seguenti recapiti:

- FOS, South Quay, 183 Marsh Wall, London, E14 9SR;
- Tel. 0044.845.080.1800;
- e-mail: enquiries@financial-ombudsman.org.uk.

Piattaforma europea di risoluzione delle controversie online

Se la polizza assicurativa è stata acquistata on line o tramite altri strumenti di comunicazione elettronica, ed il contraente o l'assicurato non possono contattare direttamente la Compagnia tramite il Financial Ombudsman Service (FOS), è offerta la possibilità di registrare il proprio reclamo tramite la piattaforma europea di risoluzione online delle controversie -consultabile qui al sito <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. In tal caso il reclamo sarà poi portato a conoscenza del Financial Ombudsman Service ed alla Compagnia al fine di ottenere una risposta.

Il contraente è invitato a tenere conto che in tal caso la trasmissione del reclamo può non essere immediata e che quindi può intercorrere un minimo ritardo prima che la Compagnia lo riceva. In ogni caso se vuole avvalersi dei servizi degli organismi di conciliazione per accedere a strumenti alternativi stragiudiziali, per la risoluzione delle controversie che non prevedono l'accesso all'autorità giudiziaria ordinaria, il contraente e l'assicurato possono consultare l'Albo di tali organismi tenuto presso il Ministero della Giustizia consultabile qui: <https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX>.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

15. Arbitrato

Per le sole prestazioni di cui alle Sezioni Infortuni e Assistenza, l'assicuratore si impegna a valutare, su richiesta scritta del Contraente, procedure per giungere ad una soluzione extragiudiziale di qualsivoglia controversia derivante dal contratto di assicurazione regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione.

Per le prestazioni di cui alla Sezione Responsabilità Civile non è prevista alcuna procedura arbitrale.

Avvertenza

Fermo restando quanto previsto in caso di controversie in caso di sinistro, resta salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità giudiziaria.

Chubb European Group Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Chubb European Group Limited Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Legale
Orazio Rossi



Glossario

La presente parte della Nota Informativa contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione.

Aggravamento del rischio:

Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

Arbitrato:

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. E' normalmente previsto dai contratti di assicurazione.

Assicurato:

Nelle assicurazioni danni è la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché il titolare del diritto all'eventuale indennizzo/risarcimento. Nelle assicurazioni vita, la persona sulla cui morte e/o sopravvivenza è stipulato il contratto ed è calcolato il premio.

Assicuratore:

L'Impresa di assicurazione.

Assicurazione:

L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.

Assicurazione assistenza:

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

Assicurazione tutela legale:

L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a rimborsare all'assicurato le spese necessarie per la tutela, giudiziale o stragiudiziale, dei diritti dell'assicurato stesso nei confronti di un terzo.

Assicurazione infortuni:

L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a un infortunio.

Assicurazione malattia:

L'assicurazione con la quale l'assicuratore s'impegna a garantire all'assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti a una malattia.

Assicurazione vita:

Comprende tutti quei contratti di assicurazione che prevedono l'obbligo dell'assicuratore di versare al beneficiario un capitale o una rendita quando si verifichi un evento attinente alla vita dell'assicurato (morte o sopravvivenza ad una certa data).

Beneficiario:

La persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'assicuratore, qualora si verifichi l'evento assicurato.

Carenza:

Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

Caricamenti:

La parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Certificato di assicurazione:

Il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Condizioni di assicurazione:

Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata

del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Condizioni particolari:

L'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Consumatore:

Qualsiasi persona fisica, residente nel territorio della Comunità Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente:

Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione e che si obbliga a pagare il premio.

Danno:

E' il pregiudizio subito dall'assicurato in conseguenza di un sinistro.

Data di effetto del contratto:

Data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

Data di effetto della copertura:

Data di inizio della copertura, a partire dalla quale le garanzie assicurative previste dal contratto sono efficaci.

Dati personali:

Qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.

Decorrenza della garanzia:

Momento in cui le garanzie divengono operanti ed in cui il contratto ha effetto, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Denuncia di sinistro:

Comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'assicurato deve dare all'assicuratore a seguito di un sinistro.

Diaria:

Garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno d'incapacità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

Diaria da ricovero:

Garanzia che consiste nel versamento di una somma, da parte dell'assicuratore, per ogni giorno di degenza in istituti di cura dovuta a infortunio o malattia.

Dichiarazioni precontrattuali:

Informazioni relative al rischio fornite dal contraente prima della stipulazione 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 avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Diritto di recesso:

E' il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.

Disdetta:

La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.

Esclusioni:

Rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale:

Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

Fascicolo informativo:

E' il documento che l'impresa di assicurazione è tenuta a consegnare al contraente prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, le condizioni di assicurazione ed il relativo certificato.

Franchigia/scoperto:

Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia prestata dall'assicuratore facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'assicurato.

Franchigia assoluta:

La franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

Franchigia relativa:

La franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

Imposta sulle assicurazioni:

Imposta che si applica ai premi versati dai contraenti. Essa varia dal 2,5% (polizze infortuni e malattie) sino al 21,25% (polizze incendio e furto). Tale imposta non si applica ai contratti di assicurazione sulla vita.

Impresa di assicurazione:

E' l'impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il contraente stipula il contratto di assicurazione.

Inabilità temporanea:

E' l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.

Indennizzo o Indennità:

E' la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

Invalidità permanente:

E' la perdita definitiva e irrimediabile, totale o parziale, della capacità dell'assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo ovvero, se il contratto lo prevede, di svolgere la propria specifica attività lavorativa.

Itinere:

Il tragitto dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, con l'uso dei mezzi di locomozione previsti dal Decreto Legislativo n.38/2000 art. 12, e successive modificazioni.

IVASS:

Istituto di vigilanza sulle assicurazioni che dal 1° Gennaio 2013 succede in tutti i poteri, funzioni e competenze all'ISVAP. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità ed il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

ISVAP:

Istituto di Vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo. Dal 1° Gennaio 2013 denominato IVASS.

Limite catastrofale:

Esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.

Liquidazione:

Pagamento al Beneficiario della prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Liquidatore:

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

Margine di solvibilità:

Misura il patrimonio disponibile dell'Impresa di assicurazioni al netto di quella parte che per legge deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.

Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto.

Massimale:

E' la somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno. E' in genere prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nei casi in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

Nota informativa:

Documento che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della stipula del contratto di assicurazione contenente le informazioni relative all'impresa di assicurazione e al contratto stesso, previste dalla normativa vigente.

Periodo di assicurazione:

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.

Perito:

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

Polizza caso morte:

E' il contratto di assicurazione sulla vita che prevede il pagamento di un capitale al beneficiario qualora si verifichi la morte dell'assicurato.

Polizza collettiva:

E' il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Polizza di assicurazione:

E' il contratto di assicurazione stipulato dal contraente. Il esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali che quelle particolari.

Premio:

E' la somma di denaro che il contraente deve corrispondere all'assicuratore per beneficiare dell'assicurazione da lui stipulata.

Prescrizione:

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

Prestazioni assicurate:

Vedi anche "condizioni particolari", cioè l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Principio indennitario:

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione:

E' il compenso che l'assicuratore deve all'intermediario, qualora previsto, per l'attività svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal cliente.

Questionario anamnestico:

Detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza:

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

Registro dei Reclami:

Il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate e tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

Rischi esclusi:

Sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Rischio:

E' la probabilità che si verifichi l'evento assicurato moltiplicata per l'entità del danno conseguente.

Riserve:

Sono somme che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati.

Rivalsa:

E' il diritto che spetta all'assicuratore che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

Sinistro:

E' il verificarsi dell'evento coperto dall'assicurazione.

Somma assicurata:

E' l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

Soprassicurazione:

Soprassicurazione è quando la somma assicurata è superiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

Sottoassicurazione:

Sottoassicurazione è quando la somma assicurata è inferiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

Surroga:

E' la facoltà dell'assicuratore di sostituirsi all'assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. E' possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

Terzo danneggiato:

Nelle assicurazioni della responsabilità civile, è la vittima del fatto illecito il cui risarcimento, nei limiti del massimale, viene garantito dall'assicuratore.

Valore a nuovo:

Espressione utilizzata nelle assicurazioni relative ai danni ai beni (es. incendio) per indicare che l'indennizzo è commisurato non al valore del bene al momento del sinistro bensì al costo per il suo ripristino.

Valore assicurabile:

E' il massimo valore al quale un bene può essere oggetto di assicurazione. E' il valore in rapporto al quale si pone il valore assicurato per esprimere il giudizio di "sopra" o "sotto" assicurazione.

Valore assicurato:

Rappresenta il valore rispetto al quale il bene è assicurato.

Condizioni di Assicurazione

Capitolo 1: Definizioni

Nel testo che segue, si intendono i seguenti termini e le relative definizioni:

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

Assicurato: La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo, come riportato sul Certificato di Assicurazione.

Assistenza: l'aiuto tempestivo entro i limiti convenuti del contratto, erogato per il tramite della Struttura Organizzativa.

Beneficiario o Avente diritto: Il soggetto designato dall'Assicurato ad incassare l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. 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.

Certificato di Assicurazione: il documento emesso dalla Società ed intestato al Contraente, che prova la concessione della copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante del Fascicolo Informativo.

Cose: sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Condizioni di assicurazione: il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa ed il relativo Certificato Personale di Assicurazione.

Contraente: Il soggetto, persona fisica o giuridica residente/domiciliato in Italia, che stipula il contratto di assicurazione con la Società, e che si obbliga a pagare il premio di polizza. Può essere o non essere anche Assicurato.

Data di Effetto del Contratto: la data e l'ora a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato e perfezionato. La data e l'ora sono riportate sul Certificato di Assicurazione.

Durata contrattuale: periodo durante il quale il contratto di assicurazione è efficace.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

Fascicolo Informativo: il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa, del quale è da considerarsi parte integrante il relativo Certificato di Assicurazione, composto da: Nota informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione.

Fitness: ai sensi della presente polizza, si intendono le attività sportive praticate in palestra (centri fitness) o all'aperto, la cui pratica è finalizzata al raggiungimento e al mantenimento del benessere psico-fisico della persona e esclude qualsiasi partecipazione a competizioni, gare o prove di velocità di qualsiasi tipo. Il Fitness include, ma non è limitato a: zumba, cross fit, step, spinning, rebound.

Franchigia: clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la prestazione erogata o rimborsata dalla Società e che lascia una parte del danno a carico dell'Assicurato.

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

Indennità o Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro indennizzabile.

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

Invalidità permanente totale: sussistenza di postumi di invalidità permanente in misura pari o superiore al 40% della capacità lavorativa generica valutata 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 modifiche intervenute fino all'adesione alla polizza.

Istituto di cura (pubblico o privato): Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario, casa di cura tutti regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di soggiorno, riposo, strutture di convalescenza, le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135 che dal 1° gennaio 2013 è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'IVASS. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

Malattia Improvvisa: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non deve essere manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Massimale: la somma massima, stabilita in polizza, fino alla concorrenza della quale la Società si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

Nota informativa: documento redatto secondo quanto previsto dall'IVASS che la Società deve consegnare al contraente prima della Data di Effetto del Contratto di assicurazione.

Paese: Qualunque territorio o paese entro il quale la polizza è operante.

Premio di assicurazione o Premio: importo dovuto dal Contraente alla Società; esso è unico ed anticipato per tutto il periodo di durata della copertura.

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

Prestazioni assicurate: le prestazioni, in termini di indennizzi e garanzie di assistenza, corrisposte dalla Società in caso di sinistro.

Ricovero ospedaliero: il soggiorno impreveduto, a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa, in un istituto ospedaliero su prescrizione medica per un trattamento medico o chirurgico, che preveda almeno 1 (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.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: la Compagnia di Assicurazioni Chubb European Group Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Sport amatoriale: ai sensi della presente polizza, si intende l'attività amatoriale ludico-motoria finalizzata al raggiungimento e al mantenimento del benessere psico-fisico della persona. Tale attività si intende esclusivamente non finalizzata al raggiungimento di prestazioni sportive di livello e non prevede un aspetto competitivo ma amatoriale.

Struttura Organizzativa: La struttura, in funzione tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, che organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza, su richiesta dell'Assicurato.

Terzo o Terzi: soggetti che non siano, rispetto a ciascuna persona Assicurata: il coniuge o convivente, gli ascendenti, i discendenti (legittimi, naturali, adottivi), i fratelli e le sorelle, nonché qualsiasi altro parente o affine nel caso dette persone siano stabilmente conviventi con l'Assicurato; i dipendenti ed i collaboratori, inclusi fra questi i collaboratori domestici; i collaboratori occasionali dell'Assicurato, quali baby-sitter, infermieri, ragazze alla pari e simili, anche nell'esercizio delle mansioni non domestiche da loro svolte.

Capitolo 2: Oggetto dell'assicurazione

Art. 1. Oggetto dell'assicurazione

La presente polizza di assicurazione infortuni, assistenza e responsabilità civile garantisce all'Assicurato, per il solo periodo di svolgimento di Sport amatoriale e non praticato a livello professionistico, le seguenti coperture:

- l'erogazione di un capitale in caso di Invalidità permanente totale da Infortunio;
- il pagamento di una indennità giornaliera in caso di Ricovero ospedaliero da Infortunio;
- il pagamento di una indennità forfetaria in caso di Frattura da Infortunio;
- il rimborso delle spese mediche sostenute a seguito di Infortunio;
- una serie di servizi di Assistenza, erogati per il tramite della Struttura Organizzativa, accessibili 24 ore su 24 quali:
 - consulenza medica telefonica;
 - ricerca ed invio di un medico specialista;
 - assistenza presso l'abitazione;
 - fisioterapista presso l'abitazione.
- una copertura per la Responsabilità Civile per danni a Terzi o Cose di Terzi.

Si precisa che, oltre alla definizione riportata al Capitolo 1, per “Sport amatoriali” si intendono esclusivamente:

AUTOMODELLISMO	BASKET	BILIARDO
BOCCE	BOWLING	CALCETTO (a 5)
CALCIO BALILLA	CANOTTAGGIO	CICLOTURISMO
CORSA/RUNNING	CURLING	DANZA CLASSICA
DANZA SPORTIVA	ESCURSIONISMO/TREKKING	FITNESS
FRISBEE	GOLF	ICE SKATING
MARCIA NON COMPETITIVA	NUOTO	PALLAVOLO
PESCA SPORTIVA	PING PONG	ROLLER SKATING
SCI	SQUASH	TENNIS
TIRO CON L'ARCO	TWIRLING	YOGA

Resta inoltre inteso che si considerano indennizzabili solo i sinistri verificatisi a partire dalla Data di Effetto del Contratto, come riportata sul Certificato di Assicurazione.

Art. 2. Estensioni di garanzie

Infortuni e Assistenza. Sono **compresi** tra gli Infortuni:

- l'asfissia meccanica (quale ad esempio l'annegamento);
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.
- infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 3. Persone assicurate

Il Contraente può assicurare sé stesso e/o altra persona assicurabile nei termini della presente polizza, purché tale scelta sia indicata al momento dell'adesione al contratto.

Il nome, il cognome e la data di nascita degli assicurati saranno riportati sul Certificato di Assicurazione.

Capitolo 3: Prestazioni Assicurate

SEZIONE INFORTUNI

Art. 4. Invalidità permanente da infortunio

Qualora un Infortunio avesse per conseguenza un'Invalidità permanente totale e questa si verificasse entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto l'infortunio stesso, la Società liquiderà il capitale assicurato pari a 20.000,00 (ventimila) euro, qualora il grado riconosciuto fosse pari o superiore al 40% (quaranta per cento).

Art. 5. Diaria da ricovero da Infortunio

Se a seguito di Infortunio l'Assicurato subisse un Ricovero ospedaliero in un Istituto di cura, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera di 50 (cinquanta) euro per ciascun giorno di ricovero, a partire dal primo e con il massimo di 60 (sessanta) giorni consecutivi per evento e per durata del contratto.

La liquidazione dell'indennità dovuta verrà effettuata a degenza ultimata e su presentazione dei documenti giustificativi che riportino l'esatto periodo di degenza con la data di entrata e di uscita dall'istituto di cura.

Art. 6. Indennità da frattura

Qualora a seguito di Infortunio l'Assicurato riportasse una o più Frattura ossea, la Società corrisponderà l'indennità forfetaria garantita di 350 (trecentocinquanta) euro, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia subito o meno un Ricovero ospedaliero, dietro presentazione degli esami radiologici effettuati.

Si specifica che, in caso di fratture alle dita delle mani e/o dei piedi, la Società corrisponderà 1/5 (un quinto) dell'indennità forfetaria per ogni dito fratturato, fino ad un massimo di 5 (cinque) dita per evento.

Sono sempre escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee ed i distacchi cartilaginei di qualsiasi natura.

La Società si riserva il diritto di effettuare indagini e accertamenti necessari ai fini di una corretta valutazione del danno.

Art. 7. Rimborso spese mediche a seguito di infortunio

In caso di Infortunio, la Società rimborserà all'Assicurato il costo delle cure mediche sostenute a seguito di tale Infortunio, fino alla somma massima di 500 (cinquecento) euro per ciascun Assicurato per evento e per periodo assicurativo. Per cure mediche si intendono esclusivamente:

- 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;
- 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.

La garanzia è prestata con una franchigia fissa di 100,00 (cento) euro per evento, importo che 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.

SEZIONE ASSISTENZA

Art. 8. Premessa

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di assistenza, la Società si avvale della struttura organizzativa di IMA Servizi Scarl, Piazza Indro Montanelli 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI), costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno che, in virtù di preesistente convenzione con la Società, provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, anche con costi a carico della Società dove previsto, le prestazioni di assistenza previste dalle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a Infortunio o Malattia improvvisa, può avvalersi delle prestazioni di assistenza indicate nei successivi articoli di cui alla presente Sezione, contattando telefonicamente la Struttura Organizzativa al numero verde riportato sul Certificato di Assicurazione.

Per i servizi di consulenza o informazioni, qualora non fosse possibile prestare assistenza immediata, l'Assicurato verrà richiamato non appena ricevute le informazioni necessarie e, comunque, entro e non oltre le successive 48 (quarantotto) ore. Resta inteso che gli interventi di assistenza devono essere predisposti direttamente dalla Struttura Organizzativa ed essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di Assistenza

Art. 9. Consulenza medica telefonica

La Struttura Organizzativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di Infortunio o Malattia improvvisa. Il medico della Struttura Organizzativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato -o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado- potrà fornire:

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

Si precisa che non verranno fornite diagnosi o prescrizioni, ma verrà fatto il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

La presente prestazione è valida in tutto il Mondo

Art. 10. Ricerca ed invio di un medico specialista

Qualora in seguito al primo contatto telefonico di cui al precedente Art. 9 la Struttura Organizzativa giudichi necessario e non rinviabile l'intervento di un medico specialista sul posto, provvederà ad inviarne uno convenzionato. In alternativa o in caso di urgenza, la Struttura Organizzativa, se lo riterrà necessario, organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in ambulanza nel centro di primo soccorso idoneo più vicino. Tutti i costi relativi alla presente prestazione sono a carico della Società.

Resta inteso che, in caso di emergenza, la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali relative spese.

Per i massimali relativi alla presente garanzia consultare il successivo Art. 18 Massimali.

La presente prestazione è valida in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.

Art. 11. Assistenza presso l'abitazione

11.1 - Premessa

L'Assicurato può richiedere le prestazioni di cui al presente Articolo nei 30 (trenta) giorni successivi alla data di dimissione da un Ricovero ospedaliero, dopo una degenza conseguente ad Infortunio verificatasi durante la validità del presente Contratto e nel caso di prescritta convalescenza di almeno 5 (cinque) giorni.

Le seguenti prestazioni sono valide in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.

11.2 - Infermiere a domicilio

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

La garanzia è prestata con un preavviso di 3 (tre) giorni.

Per i massimali relativi alla presente garanzia consultare il successivo Art. 18 Massimali.

11.3 Invio spesa a domicilio

Qualora impossibilitato ad uscire dalla propria abitazione o residenza della convalescenza autonomamente, l'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna al suo domicilio di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di 2 (due) buste per richiesta. La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un suo collaboratore per il ritiro del denaro e della nota necessaria all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive in base agli orari di apertura degli esercizi commerciali. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. Resta a carico della Società il costo della prestazione per un massimo di 4 (quattro) volte per sinistro.

Art. 12. Fisioterapista a domicilio

12.1 - Premessa

L'Assicurato può richiedere la prestazione di cui al presente articolo nei 90 (novanta) giorni successivi alla data di dimissione da un Ricovero ospedaliero, dopo una degenza conseguente ad Infortunio verificatasi durante la validità del presente Contratto e nel caso di prescritta fisioterapia.

La seguente prestazione è valida in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano.

12.2 – Fisioterapista a domicilio

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

La garanzia è prestata con un preavviso di 3 (tre) giorni.

Per i massimali relativi alla presente garanzia consultare il successivo Art. 18 Massimali.

SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE

Art. 13. Responsabilità Civile

Nei termini previsti dagli artt. 1882 e 1901 del Codice Civile, la Società, presta l'assicurazione per la responsabilità civile derivante alle persone assicurate in relazione a fatti privati che si verifichino nel corso del periodo di assicurazione, alle condizioni tutte e con le modalità previste dalla presente Polizza. Sono a carico della Società le somme (capitale, interessi e spese) che taluna delle persone assicurate sia legalmente tenuta a pagare a titolo di risarcimento di danni involontariamente cagionati a Terzi per morte, lesioni personali e danneggiamenti a Cose o animali, in conseguenza di un fatto accidentale commesso nell'ambito della vita privata.

L'Assicurazione vale per la Responsabilità Civile che possa derivare all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività sportiva, tra quelle riportate al precedente Art. 1, svolta a titolo di Sport amatoriale come definito al precedente Capitolo 1.

Nei termini suddetti l'Assicurazione vale per la Responsabilità Civile che possa derivare all'Assicurato, entro la somma massima di 100.000,00 (centomila) euro:

- derivante dalla partecipazione all'attività sportiva tra quelle riportate al precedente Art. 1 e per fatti accaduti durante il periodo di assicurazione;
- dalla proprietà e dall'uso degli attrezzi sportivi necessari alla pratica dello sport tra quelli riportati al precedente Art. 1 (es. biciclette, racchette, palle, etc.);

Qualora la copertura assicurativa sia prevista anche per più persone, l'assicurazione vale per le persone nominativamente dichiarate all'atto della sottoscrizione dell'assicurazione, entro il massimale di 100.000,00 (centomila) euro.

L'Assicurazione vale per i danni che avvengono in tutti i Paesi dell'Europa geografica ma esclusa la Russia

Art. 14. Novero dei Terzi

Non sono considerati Terzi rispetto a ciascuna persona Assicurata:

- il coniuge, gli ascendenti, i discendenti (legittimi, naturali, adottivi), i fratelli e le sorelle, nonché qualsiasi altro parente o affine nel caso dette persone siano stabilmente conviventi con l'Assicurato/Contraente;
- i dipendenti ed i collaboratori, inclusi fra questi i collaboratori domestici;
- i collaboratori occasionali dell'Assicurato/Contraente, quali baby-sitter, infermieri, ragazze alla pari e simili, anche nell'esercizio delle mansioni non domestiche da loro svolte.

Capitolo 4: Delimitazioni ed Esclusioni

Art. 15. Dichiarazioni false o reticenti

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 Codice Civile).

Art. 16. Limiti di età

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell'attivazione della copertura assicurativa, abbiano un'età non superiore a 60 (sessanta) anni compiuti. Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente al compimento del 60° (sessantesimo) anno di età dell'Assicurato.

Art. 17. Persone non assicurabili. Aggravamento del rischio

L'Impresa di Assicurazione non richiede al Contraente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possono determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio variazione della professione. Resta inteso che la garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate. Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino nel corso del Contratto, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'Indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente *—ove richiesto—* la parte di premio non goduta, con esclusione delle imposte governative.

Art. 18. Massimali

Limite catastrofale valido per la Sezione Infortuni

Qualora a seguito del medesimo evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, il valore complessivo dell'indennizzo corrisposto dalla Società non potrà in ogni caso superare €500.000,00 (euro cinquecentomila).

Se il valore totale degli indennizzi da riconoscere dovesse essere superiore a tale importo, gli indennizzi saranno di conseguenza ridotti in proporzione al numero delle vittime e corrisposti proporzionalmente in base alla somma assicurata per ciascuno di essi.

18.1 - Ricerca ed invio di un medico specialista

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risulti impossibile fornire la prestazione di cui all'Art. 10 - Ricerca ed invio di un medico specialista, la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato le eventuali spese sostenute dallo stesso, sempre che tali spese siano previste nelle singole garanzie e preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, fino ad un massimale di 120,00 (centoventi) euro.

Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi in originale (fatture, ricevute, notule).

18.2 - Infermiere a domicilio

In merito alle prestazioni di cui all'Art. 11.2 resta a carico della Società il costo della prestazione fino ad un massimo di 6 (sei) ore lavorative e di 40,00 (quaranta) euro per ora, per sinistro.

18.3 - Invio spesa a domicilio

In merito alle prestazioni di cui all'Art. 11.3 resta a carico della Società il costo della prestazione fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative e di 15,00 (quindici) euro per ora, per sinistro.

18.4 - Fisioterapista a domicilio

In merito alle prestazioni di cui all'Art. 12.2 resta a carico della Società il costo della prestazione fino ad un massimo di 5 (cinque) ore lavorative e 50,00 (cinquanta) euro per ora, per sinistro.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere. **Resta inteso che l'Assicurato dovrà comunque contattare preventivamente la Struttura Organizzativa per le autorizzazioni di volta in volta necessarie.**

18.5 – Responsabilità Civile

Per tutto quanto previsto dall'assicurazione, la massima esposizione della Società, per ciascun Sinistro, non sarà in nessun caso superiore al massimale di 100.000,00 (centomila) euro, qualunque sia il numero dei danneggiati e degli Assicurati coinvolti.

Art. 19. Esclusioni generali

19.1 – Esclusioni comuni a tutte le Sezioni. Sono esclusi dalla presente assicurazione i sinistri derivanti da:

- assicurati che, alla data del sinistro, non siano residenti o domiciliati in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano;
- assicurati impropriamente o illegalmente presenti in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano;
- sport praticati a livello competitivo che generino compensi monetari di qualsiasi somma attraverso sponsorizzazioni o qualunque forma di remunerazione contrattualizzata (ad esclusione di premi o vincite in denaro);
- partecipazione in qualsiasi evento sportivo organizzato e condotto sotto il controllo di scuole o università, indipendentemente dal luogo e dal periodo in cui essi si svolgano, qualora i partecipanti siano già assicurati dalla stessa scuola o università stessa per infortuni e responsabilità civile;
- qualsiasi disciplina sportiva inerente alla partecipazione di studenti ai Giochi della Gioventù, sia nelle fasi iniziali che in quella nazionale;

- f) partecipazione a campionati sportivi nazionali o internazionali che sono organizzati da, e condotti sotto il diretto controllo di, una federazione sportiva nazionale o internazionale o un organo governativo.

19.2 – Infortuni e Assistenza. Sono esclusi dalla presente assicurazione gli Infortuni:

- a) derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- b) subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, in qualunque delle forze armate;
- c) subiti durante lo svolgimento di attività professionali che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- d) derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) derivanti da autolesionismo; suicidio tentato o consumato; delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari, restando comunque coperti in garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- f) derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g) derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
- h) derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- i) derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j) derivanti dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial fuori pista, free climbing, canoa fluviale, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, rafting e canyoning.
- k) derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli motorizzati e di natanti a motore;
- l) derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- m) derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquee;
- n) derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.

Sono inoltre esclusi:

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

19.3 – Responsabilità Civile. Sono esclusi dalla presente assicurazione i danni provocati a Terzi:

- a) cagionati da fatti attinenti all'esercizio di qualsiasi attività professionale, commerciale, agricola, artigianale, industriale, o connessa con affari, locazioni, noleggi o prestazioni di servizi che non sia quella dichiarata all'atto della stipulazione dell'assicurazione;
- b) alle cose o agli animali che le persone Assicurate abbiano in custodia o consegna o detengano a qualsiasi titolo o destinazione;
- c) derivanti da furto, comunque perpetrato, e quelli a cose altrui derivanti da incendio di cose di proprietà delle persone Assicurate o da esse detenute, salvo quanto previsto dall'estensione di cui all'Art. 15) – Incendio e Ricorso Terzi;
- d) conseguenti ad inadempienze ad obblighi contrattuali;
- e) derivanti dalla circolazione di veicoli a motore, per i quali sia obbligatoria l'assicurazione RC Auto, nonché dalla proprietà ed uso di aeromobili, inclusi i Droni o APR, di natanti forniti di motore, di natanti di lunghezza superiore a 6,5 metri;
- f) derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi;
- g) derivanti da detenzione o impiego di sostanze radioattive o di apparecchi per l'accelerazione artificiale di particelle atomiche, oppure che si verifichino in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- h) derivanti da lavori di costruzione o demolizione di manufatti in genere;
- i) cagionati alle opere in costruzione, alle opere sulle quali o nelle quali si eseguono i lavori, inclusi navi e/o natanti, aeromobili e/o veicoli spaziali, ed i pregiudizi economici relativi al loro mancato uso;
- j) conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo;
- k) derivanti dalla proprietà e conduzione di fabbricati e di abitazioni, pertinenze e dipendenze a qualunque uso destinati, nonché da spargimento di acque o rigurgiti di fogne, e quelli derivanti unicamente da umidità, stitlicidio ed in genere insalubrità dei locali;
- l) cagionati da opere in genere dopo l'ultimazione dei lavori o qualora si tratti di operazioni di manutenzione quelli non avvenuti durante l'esecuzione dei lavori.
- m) derivanti direttamente o indirettamente, da attività di Information & Communication Technology, inclusa l'attività svolta via Internet, che possano causare la divulgazione di virus informatici, o programmi similari e la modifica e/o

- perdita di dati, anche personali;
- n) conseguenti a guerra e terrorismo;
- o) derivanti dalla generazione di campi elettromagnetici (EMF) e dalle radio frequenze (di antenne, telefoni cellulari e dispositivi wireless o blue-tooth);
- p) conseguenti, direttamente o indirettamente, da amianto e/o asbesto e relative fibre e/o polveri;
- q) conseguenti alla proprietà e detenzione di cani pit-bull o di altra razza con spiccate attitudini aggressive così come indicato dall'Ordinanza del Ministero della Salute pubblicata sulla G.U. n. 212 del 12 settembre 2003 e successive modifiche e/o integrazioni e/o sostituzioni;
- r) conseguenti all'uso e/o della detenzione di armi da fuoco in genere, incluso l'esercizio di attività venatorie.

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**Sezione Infortuni**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

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

Capitolo 5: Premio Di Assicurazione**Art. 21. Determinazione del premio di assicurazione**

Il Premio di Assicurazione è unico ed anticipato per tutto il periodo di assicurazione acquistato, ed è determinato sulla base:

- della durata della copertura assicurativa;
- del numero delle persone assicurate.

Capitolo 6: Effetto E Durata Del Contratto**Art. 22. Data di Effetto del Contratto**

Il Contratto di assicurazione ha effetto, cioè si intende stipulato, a partire dalla data ed ora così come riportate sul Certificato di Assicurazione, indipendentemente dal fatto che la Società riceva copia sottoscritta dal Contraente del Certificato di Assicurazione. Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato di Assicurazione da parte del Contraente *-prevista dal Reg. IVASS n. 34 del 19/03/2010-* ha una finalità esclusivamente probatoria mentre la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del Contratto di Assicurazione o la possibilità per il Contraente di esercitare pretese di annullamento dello stesso.

Art. 23. Durata del Contratto

Il contratto di assicurazione è emesso con durata predeterminata, scelta dal Contraente alla stipula del contratto, tra quelle disponibili: 1, 3, 7 giorni e non prevede il tacito rinnovo.

Capitolo 7: Denuncia Di Sinistro**Art. 24. Adempimenti in caso di sinistro****24.1 – Sezione Infortuni**

In caso di Infortunio, l'Assicurato o un suo rappresentante devono inoltrare denuncia scritta alla Società mediante:

- raccomandata AR da inviare a Chubb European Group Limited – Ufficio Sinistri – Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano;
- e-mail tramite l'indirizzo chubb.denunce@chubb.com.

entro 15 (quindici) giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

La denuncia deve indicare luogo, giorno ed ora e l'Assicurato dovrà fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società; in tal caso le spese relative saranno a carico di quest'ultima.

24.2 – Sezione Assistenza

Per richiedere i servizi e le prestazioni di Assistenza, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa al numero riportato nella seconda pagina del presente Fascicolo Informativo intitolata "I contatti di Chubb", e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome e numero del Certificato di Assicurazione;
- prestazione richiesta;
- indirizzo o recapito anche se temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

24.3 – Sezione Responsabilità Civile

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto entro 6 (sei) giorni da quando il fatto è avvenuto o ne ha avuto conoscenza. La denuncia del Sinistro deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del Sinistro.

L'Assicurato deve inoltre far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro. L'inadempimento di tali obblighi comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

Art. 25. Gestione dei sinistri. Controversie in caso di sinistro**25.1 – Sezione Infortuni**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, 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 di Assicurazione. La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (inclusa la Società) 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. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

25.2 – Sezione Responsabilità Civile

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 stesso.

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 tra Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

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

Capitolo 8: Norme Comuni

Art. 26. Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre Compagnie di Assicurazione o con la Società stessa.

Tuttavia, qualora uno o più rischi garantiti con la presente polizza fossero coperti da altre Assicurazioni da chiunque contratte, la presente Assicurazione viene prestata in secondo rischio e cioè per l'eccedenza rispetto a quanto dovuto da tali altre Polizze.

Art. 27. Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Art. 28. Foro competente**28.1 – Sezione Infortuni**

Foro competente è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

28.2 – Sezione Responsabilità Civile

Foro competente a scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto.

Art. 29. Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 30. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli Aveni diritto sono tenuti, devono essere fatte per iscritto, perché siano valide, con lettera raccomandata, fax o e-mail indirizzati alla Società.

Art. 31. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel Contratto si applicano le vigenti disposizioni di Legge Italiana.

**Chubb European Group Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia**

Il Rappresentante Legale
Orazio Rossi



