

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 Senza pensieri- Convenzione Ca-Auto Bank ITBFIY11556 – Assicurazione contro gli Infortuni e la perdita di capacità reddituale

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?

Senza pensieri è una polizza che garantisce all'Assicurato sostegno finanziario, in forma di indennità, in caso di determinati eventi avversi. Copre i danni subiti da persone fisiche di età compresa tra i 18 e i 75 anni al momento del sinistro, che siano residenti in Italia, o nella Repubblica di San Marino o nello Stato Città del Vaticano.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Decesso a seguito di Infortunio:** in caso di Infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di Polizza che ne provochi il Decesso, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari la Somma Assicurata, in parti uguali, per il caso di morte da Infortunio, indicata nel Certificato di Adesione.
- ✓ **Invalidità Permanente superiore al 60%, a seguito di Infortunio e Malattia:** in caso di infortunio dell'Assicurato che ha per conseguenza una Invalidità Permanente superiore al 60% secondo la Tabella INAIL, e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo l'Indennità indicata nel Certificato di Adesione calcolata applicando la percentuale di Invalidità Permanente secondo la Tabella INAIL alla Somma Assicurata per Invalidità assoluta, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale
- ✓ **Perdita involontaria dell'impiego lavorativo, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti Privati con contratto subordinato a tempo indeterminato:** l'Assicuratore corrisponde mensilmente un importo pari alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del Contratto sottoscritto con il Contraente per il numero di mesi interi di Disoccupazione, fermi i Massimali indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio e Malattia, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Autonomi o figure apicali di aziende private:** L'Assicuratore corrisponde mensilmente un importo pari alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del contratto siglato con il Contraente (con esclusione di eventuali maxi-rate dovute) per il numero di mesi interi di



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie:**
 - l'Assicurato in qualità di conducente non è abilitato alla guida ai sensi delle disposizioni di Legge vigenti al momento del Sinistro.
 - Infortuni e Malattie derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio o Malattia.
 - Infortuni derivanti da ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.
 - Malattie derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altre patologie ad essa collegate;
 - Malattie derivanti da cure dimagranti o dietetiche;
 - Eventi derivanti da trattamenti di carattere estetico, ad eccezione di quelli di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio o Malattia occorsi durante la validità della copertura;
 - Malattie dovute a sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, disturbi mentali o psichici in genere e nevrosi, comprese forme maniaco-depressive, stati paranoidei e di stress;
 - Malattie tropicali;
 - Malattie e patologie riconducibili ad epidemie o aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS;
- ✗ **Esclusioni particolari applicabili alla garanzia "Perdita Involontaria dell'impiego lavorativo"**
 - per lavoratori interinali, con contratto a tempo determinato, di formazione di lavoro, stagionali, con contratto a progetto o altri contratti atipici in genere;
 - per contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
- ✗ **Esclusioni particolari applicabili alle garanzie "Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia" e "Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio e Malattia"**
 - interruzione volontaria della gravidanza da parte dell'Assicurato;

Inabilità Temporanea Totale, fermi i massimali indicati nella “Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi”

- ✓ **Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti Pubblici e non Lavoratori:** l'Assicuratore verserà all'Assicurato una indennità pari all'importo della rata mensile dovuta dall'Aderente a fronte del Contratto sottoscritto con il Contraente (con esclusione di eventuali maxi-rate dovute), per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero, entro il Massimale e i limiti indicati nella “Tabella delle garanzie e degli indennizzi”

Per ulteriori informazioni si rimanda alle condizioni generali di assicurazione e al DIP Danni aggiuntivo.

- la mancata assunzione di farmaci o alla scelta dell'Assicurato di non seguire una cura raccomandata e prescritta o richiesta dal Medico;
- malattie psichiche, ansia, stress, fobia, depressione o qualsiasi disturbo psicologico dell'Assicurato;
- virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili da parte dell'Assicurato;
- cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie non conseguenti ad infortunio da parte dell'Assicurato.

Per ulteriori informazioni si rimanda alle condizioni generali di assicurazione e al DIP Danni aggiuntivo.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La garanzia assicurativa non opera per persone affette da alcolismo, tossicodipendenza. L'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.
- ! L'assicurazione non vale per persone di età superiore a 75 anni. L'assicurazione cessa al compimento del 76° anno d'età di ciascun Assicurato.
- ! le Garanzie Perdita Involontaria dell'impiego e Inabilità Temporanea Totale non operano oltre i 67 anni di età.
- ! Se un Assicurato compie 75 anni durante il Periodo di Assicurazione, la Copertura cesserà al primo anniversario dalla Data di Decorrenza.



Dove vale la copertura?

L'Assicurazione per gli Infortuni occorsi è valida in qualsiasi Paese del mondo, ad eccezione della garanzia Perdita Involontaria dell'impiego lavorativo che è valida solo per impieghi con sede in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.
- Denunciare il sinistro nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 15 giorni da quando l'infortunio è avvenuto o da quando l'assicurato o gli aventi diritto ne abbiano la possibilità. In caso di morte dell'Assicurato a seguito di Infortunio, l'Assicuratore deve essere informato entro 30 giorni successivi.
- Fornire tutte le informazioni e la collaborazione necessarie per la gestione del sinistro da parte dell'Assicuratore.



Quando e come devo pagare?

L'Aderente è tenuto a pagare all'Assicuratore il Premio lordo per il tramite dell'intermediario, come definito ai sensi di Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura è indicata nel Certificato di Adesione emesso per ogni Aderente. L'Assicurazione ha durata poliennale e cessa automaticamente alla scadenza del Periodo di Assicurazione, non essendo soggetto a tacito rinnovo, senza perciò obbligo di preventiva Disdetta.



Come posso disdire la polizza?

L'Aderente ha diritto di esercitare il diritto di recesso entro le ore 24.00 del 14° giorno successivo alla data di effetto. L'Aderente ha diritto di esercitare il Diritto di Recesso per ripensamento dall'adesione alla Polizza Collettiva, entro le ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di Decorrenza comunicando la propria volontà all'Intermediario, purché in assenza di sinistri occorsi durante il Periodo di Assicurazione. In tal caso l'Assicurazione sarà annullata dalla data di Decorrenza e l'Assicuratore rimborserà all'Aderente il Premio già pagato, e non goduto, escluse le Imposte, senza trattenuta alcuna.

Assicurazione Infortuni e perdita capacità reddituale

CHUBB®

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Senza pensieri – Convenzione Ca-Auto Bank ITBFIY11556 – Assicurazione contro gli Infortuni e la perdita di capacità reddituale

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

In aggiunta a quanto previsto nel DIP Danni:

- ✓ Per tutte le garanzie previste in polizza l'ampiezza dell'impiego dell'impresa è rapportata ai massimali indicati nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi".
- ✓ Non sono previste opzioni di sconto del premio o con pagamento di un premio aggiuntivo.



Che cosa non è assicurato?

✗ Rischi esclusi

In aggiunta a quanto previsto nei DIP danni

✗ **Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie:**

- Infortuni derivanti da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- eventi avvenuti mentre l'Assicurato è alla guida o è passeggero di un Veicolo non autorizzato alla Circolazione in base alla normativa applicabile;
- eventi avvenuti mentre l'Assicurato si trova in uno stato di intossicazione acuta alla guida da droghe o alcool;
- eventi verificatisi durante la Circolazione di veicoli o trasporti eccezionali e/o soggetti a specifica autorizzazione alla Circolazione da parte degli Enti ed Autorità competenti;
- eventi avvenuti mentre l'Assicurato è alla guida di un Veicolo senza regolare patente di guida in corso di validità, qualora richiesta dalla normativa applicabile; in caso di patente scaduta durante il Periodo di Assicurazione, è concessa una tolleranza temporale di 15 giorni dalla data di scadenza durante i quali l'Assicurato è coperto;

- eventi derivanti da delitti dolosi o fatti illeciti compiuti o tentati dall'Assicurato;
- eventi derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti);
- eventi derivanti dalla pratica sportiva professionistica da parte dell'Assicurato;
- Infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività da parte dell'Assicurato: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park, sport aerei di ogni tipo;
- Infortuni derivanti dalla pratica di sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o subacquei;
- Infortuni derivanti da uso o produzione di esplosivi o utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo, nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- Infortuni derivanti da uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come a esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio) e uso di aeromobili in genere, salvo gli Infortuni subiti durante viaggi aerei in qualità di passeggero su aeroplani ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, restando comunque esclusi i voli effettuati su aeroplani ed elicotteri di proprietà di aeroclub;
- eventi derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- atti di temerarietà; suicidio o tentato suicidio, compresi gli atti di autolesionismo compiuti o tentati dall'Assicurato;
- eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, conflitto armato, insurrezioni a carattere generale, terrorismo, scioperi, tumulti, sommosse civili, agitazioni di lavoratori, coprifuoco, chiusura degli aeroporti a seguito di qualsiasi causa, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- eventi 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.);
- eventi derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale da parte dell'Assicurato;
- eventi derivanti da movimenti tellurici.

x Esclusioni particolari applicabili alla garanzia “Perdita Involontaria dell’impiego lavorativo”

- licenziamento tra parenti, ascendenti e discendenti e coniugi e/o conviventi;
- mancato superamento del periodo di prova dell'Assicurato;
- risoluzione del rapporto di lavoro per propria volontà dell'Assicurato;
- risoluzioni del rapporto di lavoro dell'Assicurato, anche consensuali, per i quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
- raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione di anzianità ovvero in ogni altro caso di pensionamento dell'Assicurato;
- cessazione del rapporto di lavoro per giusta causa, ovvero quando si verifica una circostanza così grave da non consentire la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto lavorativo;
- cessazione del rapporto di lavoro dovuto al superamento del periodo di comporto;
- prepensionamento, disoccupazioni parziali, riduzione orario di lavoro;



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.
- ! Chubb European Group SE è una società del gruppo Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE è soggetta a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ai seguenti paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.
- ! L'assicurazione è prestata con l'applicazione di franchigie e scoperti specifici, indicati nella proposta formulata dall'Impresa. La garanzia “Invalidità Permanente da Infortunio e malattia” prevede una franchigia pari al 60% di invalidità. Oltre il 60%, viene pagato l'intero massimale.
- ! La garanzia “Diaria da Ricovero Ospedaliero da Infortunio e malattia” prevede una Franchigia temporale di 10 giorni con successivo indennizzo per ciascun periodo di Ricovero pari ad almeno 30 giorni. È prevista una Carenza per Malattia di 30 giorni.
- ! La garanzia “Perdita Involontaria dell'impiego “(per Lavoratori Dipendenti Privati) prevede una franchigia Relativa di 30 giorni.

- ! La garanzia “Inabilità Temporanea Totale per Infortunio e Malattia (per Lavoratori Autonomi e figure apicali di aziende private) prevede una franchigia Relativa di 30 giorni e una carenza di 30 giorni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche, clienti di CA Auto Bank, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, di età compresa tra 18 e 75 anni, con il limite di 67 anni per le Garanzie Perdita Involontaria dell'impiego e Inabilità Temporanea Totale, il cui nominativo è riportato nel Certificato di Adesione e per le quali l'Aderente ha pagato il relativo Premio. Se un Assicurato compie 75 anni durante il Periodo di Assicurazione, la Copertura cesserà al primo anniversario dalla Data di Decorrenza.



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 23%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione “Per il Consumatore - Come presentare un reclamo” o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf . In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en .

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

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÈ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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.
---	---

Senza Pensieri

Contratto di Assicurazione

contro gli Infortuni e la perdita di capacità reddituale

Polizza Convenzione n. ITBFIY11556

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

Ed. 02_03/2024

CHUBB®

Contatti

Servizio Clienti

Finanziamenti e servizi accessori

Tel.: 011 4488203

Gli operatori rispondono dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 e il Sabato dalle ore 8:00 alle ore 13:00

E-mail: customer.care@ca-autobank.com

PEC: customer.care@pec.ca-autobank.com

-

La comunicazione di recesso deve essere inviata al Contraente:

CA Auto Bank S.p.A.

Customer Care Insurance

Corso Orbassano, 367 - 10137 Torino

e.mail: customer.care.insurance@ca-autobank.com

pec: customer.care.insurance@pec.ca-autobank.com

Denuncia Sinistri

- Può denunciare un Sinistro alternativamente:
 - online, sul sito <https://www.chubbclaims.com/ace/it-it/claims.aspx>
 - via email, a chubb.denunce.tpa@chubb.com
 - via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

Indice

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA	3
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	7
<i>Art. 1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Aderente</i>	7
<i>Art. 2 Variazioni di Rischio</i>	7
<i>Art. 3 Pagamento del Premio e regolazione</i>	7
<i>Art. 4 Effetto, durata, rinnovo e disdetta della Polizza Collettiva</i>	7
<i>Art. 5 Effetto, durata, rinnovo e disdetta della singola adesione alla Polizza Collettiva</i>	7
<i>Art. 6 Diritto di Recesso per ripensamento dell'Aderente</i>	8
<i>Art. 7 Altre assicurazioni</i>	8
<i>Art. 8 Foro competente</i>	8
<i>Art. 9 Oneri fiscali</i>	8
<i>Art. 10 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge</i>	8
<i>Art. 11 Forma delle Comunicazioni</i>	8
<i>Art. 12 Comunicazione degli Assicurati</i>	8
<i>Art. 13 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione</i>	8
<i>Art. 14 Dati Personali</i>	8
TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI (**)	10
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	11
<i>Art. 15 Oggetto dell'Assicurazione</i>	11
<i>Art. 16 Persone Assicurabili</i>	11
<i>Art. 17 Prestazioni assicurate</i>	12
<i>17.1 Decesso a seguito di Infortunio</i>	12
<i>17.2 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio e Malattia</i>	12
<i>17.3 Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia</i>	12
<i>17.4 Perdita Involontaria dell'impiego lavorativo (per Lavoratori Dipendenti Privati con contratto subordinato a tempo indeterminato)</i>	13
<i>17.5 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (solo per Lavoratori Autonomi o figure apicali di aziende private)</i>	13
Art. 18 Cumulo di Indennità	14
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI	15
<i>Art. 19 Persone Non Assicurabili</i>	15
<i>Art. 20 Limiti Territoriali</i>	15
<i>Art. 21 Eventi non rientranti tra gli Infortuni assicurati</i>	15
<i>Art. 22 Criteri di Indennizzabilità</i>	15
<i>Art. 23 Limite Catastrofale</i>	15
<i>Art. 24 Esclusioni</i>	15
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO	18
Art. 25 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	18
<i>Art. 24 Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro.</i>	19
<i>Art. 25 Prova</i>	19
<i>Art. 26 Pagamento dell'Indennizzo</i>	20
<i>Informativa sul trattamento dei Dati Personali</i>	21
<i>Come presentare un Reclamo</i>	22

SEZIONE 1 – DEFINIZIONI DI POLIZZA

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del presente documento si riporta di seguito la spiegazione di alcune parole del glossario assicurativo, nonché quei termini che, riportati nella presente Polizza in maiuscolo (o a cui si fa riferimento nel relativo Set Informativo), assumono il seguente significato:

A

Aderente: la persona fisica o giuridica che aderisce alla presente Polizza Collettiva obbligandosi a pagare il relativo Premio. In caso sia una persona fisica, l'Aderente può anche non coincidere con l'Assicurato.

Aggravamento del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del Contratto di Assicurazione, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali Danni conseguenti al suo verificarsi.

Assicurato: la persona fisica, identificata nel Certificato di Adesione, residente o domiciliata in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, di età compresa tra 18 e 75 anni, il cui interesse è coperto dall'Assicurazione. Il termine include anche i Familiari dell'Assicurato unicamente quando sono alla guida del Veicolo identificato nel Certificato di Adesione.

Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un Indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un Sinistro.

B

Beneficiario: la persona fisica (designata in Polizza dall'Assicurato) che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di Polizza. In difetto di designazione l'Assicuratore considera come beneficiario gli eredi legittimi o testamentari (secondo le quote ad essi spettanti nell'ambito della successione dell'Assicurato).

C

Carenza: il periodo durante il quale le Garanzie della Polizza non sono efficaci (vale a dire qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la Prestazione Assicurata).

Certificato di Adesione: il documento riepilogativo delle principali condizioni di Polizza emesso dall'Assicuratore a conferma dell'adesione da parte del singolo Aderente alla Polizza Collettiva e dell'operatività della Copertura Assicurativa.

Circolazione: il movimento, la fermata e la sosta di pedoni e Veicoli su strada, su acqua o su rotaia, compresi marciapiedi, corsie ciclabili, aree e passaggi pedonali, passaggi a livello, banchine, parcheggi. Il termine esclude qualunque forma di circolazione, avente carattere eccezionale e/o che richieda specifica autorizzazione da parte delle Autorità competenti.

Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente Polizza, riguardanti gli aspetti generali del Contratto, quali il pagamento del Premio, la Decorrenza della Copertura Assicurativa, la durata del Contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

Contraente (della Polizza Collettiva): il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con l'Assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti, e che si impegna a versare all'Assicuratore il Premio pagato dall'Aderente. In questo caso **CA Auto Bank SpA**, con sede legale in C.so Orbassano n. 367 - 10137 Torino (TO), C. F. e P. Iva 08349560014.

Contratto: il presente Contratto di Assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa, definita Polizza Collettiva, stipulato dal Contraente in nome proprio e nell'interesse degli Assicurati, con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un Rischio al quale lo stesso Assicurato è esposto.

D

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

Decorrenza: la data dalla quale la copertura diventa operante e ha inizio l'Assicurazione, che per ogni singola adesione corrisponde alle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Adesione, se il Premio è stato pagato prima di quel momento; in caso contrario corrisponde alle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente ha effettuato il pagamento, ferme restando le scadenze di Polizza.

Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un Sinistro, direttamente o tramite l'Intermediario.

Diaria: garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento da parte dell'Assicuratore di una somma di denaro per ogni giorno di Ricovero in Istituti di Cura, in conseguenza di infortunio indennizzabile.

Diritto di Recesso: il diritto dell'Aderente di recedere dal Contratto di Assicurazione e farne cessare gli effetti annullando l'Assicurazione dalla data di Conclusione del Contratto, come disciplinato all'art 6 del presente Contratto.

Disdetta: la comunicazione che il Contraente, l'Assicuratore o singolo Aderente deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal Contratto, per manifestare la propria volontà di interrompere il Contratto di Assicurazione impedendone il rinnovo, limitatamente alla propria posizione assicurativa (nel caso dell'Aderente) o del Contratto (nel caso del Contraente o dell'Assicuratore).

Disoccupazione: condizione in cui si trova il Lavoratore Dipendente che, a seguito della Perdita di Impiego, sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per la qualifica di disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione e che non sia inoltre impegnato nello svolgimento di qualsiasi occupazione remunerata.

E

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni relative alla Copertura Assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in Polizza con caratteri di particolare evidenza.

F

Familiari: le persone risultanti dallo stato di famiglia dell'Aderente, purché con esso conviventi.

Franchigia/Scoperto: la parte di Danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso (Franchigia) o in una percentuale sul Danno indennizzabile (Scoperto). Qualora lo Scoperto preveda un minimo e la percentuale sul Danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di Scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico dell'Assicurato. La Franchigia si dice "**Assoluta**" quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del Danno subito. La Franchigia si dice invece "**Relativa**" quando la sua applicazione dipende dall'entità del Danno subito: se il Danno è inferiore o uguale all'importo della Franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun Indennizzo; se invece il Danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna Franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il Danno ammonta a Euro 500 e la Polizza prevede una Franchigia assoluta di Euro 100. L'Indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il Danno ammonta a Euro 500 e la Polizza prevede una Franchigia relativa di Euro 100. L'Indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il Danno ammonta a Euro 100 e la Polizza prevede una Franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun Indennizzo.

Caso d):

Il Danno ammonta a Euro 200 e la Polizza prevede uno Scoperto del 10%. L'Indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il Danno ammonta a Euro 200 e la Polizza prevede uno Scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'Indennizzo sarà di Euro 150.

G

Garanzia/Copertura Assicurativa: protezione finanziaria o assistenziale di cui beneficia l'Assicurato nel caso in cui si verifichi un Sinistro la cui copertura è prevista dalla Polizza, nel presente Contratto si tratta delle coperture assicurative descritte all'art 17.

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al Premio di Assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla Legge.

Incidente Stradale: l'evento occorso durante la Circolazione su strada pubblica o privata, che causa l'Infortunio dell'Assicurato in qualità di pedone, conducente o passeggero, a seguito di collisione tra due o più Veicoli, tra Veicolo e pedone o tra Veicolo e ostacoli fissi (es. fuoriuscita dalla sede stradale).

Inabilità Temporanea: l'incapacità fisica totale e per una durata limitata nel tempo dell'Assicurato a svolgere la sua Normale Attività Lavorativa.

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore all'Assicurato o al Beneficiario in caso di decesso dell'Assicurato, a seguito di un Sinistro indennizzabile.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Si precisa che il termine include anche:

- l'asfissia meccanica (quale ad esempio l'annegamento);
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie;
- gli Infortuni derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, ma solo per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, e purché l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese;
- gli Infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Ai fini di chiarezza del testo contrattuale, l'Infortunio esclude qualsiasi forma di contagio, ivi incluso quello avvenuto tramite puntura.

Intermediario: l'Intermediario assicurativo **CA Auto Bank SpA**, iscritto alla sezione D del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) al n° D000164561, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di Legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente Contratto di Assicurazione. La presente convenzione prevede che l'intermediario sia anche il Contraente della Polizza Collettiva.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di Legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'assistenza medica chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

Invalidità Permanente: la perdita totale o parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, certificata dall'INPS.

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

L

Lavoratore: la persona fisica che, al momento del Sinistro eserciti un'attività lavorativa regolare.

- **Autonomo:** la persona fisica che, al momento del Sinistro eserciti un'attività lavorativa regolare e che non percepisca, ai fini IRPEF, un reddito da lavoro dipendente o da pensione e che percepisca almeno uno dei redditi definiti agli articoli 29 (reddito agrario), 49 (redditi da lavoro autonomo), 51 (redditi da impresa) del D.P.R. 22 dicembre 1986, n.917 e successive modifiche, e/o redditi derivanti dalla partecipazione in società di persone.
- **Dipendente:** la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di imprese o altri soggetti privati in base ad un contratto di lavoro dipendente di diritto italiano, a tempo indeterminato o determinato, con un'occupazione di almeno 16 ore settimanali e che risulti assunta da almeno 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro.
- **Dipendente Pubblico:** Lavoratore Dipendente impiegato presso la Pubblica Amministrazione (così come individuate nell'articolo 1, comma 2 del decreto legislativo 165 del 2001, intitolato Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e noto come Testo unico del Pubblico Impiego (TUIP). o società ed enti ove quest'ultima detenga la maggioranza di controllo o una partecipazione rilevante (così dette "aziende parastatali" o "a partecipazione statale").

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

M

Malattia: stato patologico di alterazione dello stato di salute.

Malattia Progressiva/Recidiva: stato patologico di alterazione dello stato di salute preesistente rispetto alla Decorrenza della Copertura Assicurativa, anche in forma recidiva, per cui la sua ultima manifestazione è avvenuta nei 24 mesi antecedenti l'evento causa del sinistro.

Massimale/Somma Assicurata: l'importo massimo, indicato in Polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le Garanzie e/o la prestazione prevista, indicato nel Certificato di Adesione.

Medico: il soggetto, diverso dall'Assicurato, dal suo coniuge (per matrimonio o unione civile) o convivente more uxorio o figlio/a o parente/affine fino al 2° grado, o da un suo socio in affari, che sia laureato in medicina e sia legalmente abilitato all'esercizio della professione e sia iscritto nel competente albo professionale del Paese in cui fornisce le proprie prestazioni.

N

Normale Attività Lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato immediatamente prima del Sinistro con carattere di abitualità e prevalenza, ovvero qualsiasi attività simile che l'Assicurato potrebbe svolgere in ragione della sua esperienza, istruzione e capacità. Nel caso in cui l'Assicurato sia un Lavoratore Autonomo, la Normale Attività Lavorativa sarà l'attività svolta in proprio che l'Assicurato ha intrapreso o svolgeva prima del verificarsi del Sinistro o un'attività simile per la quale l'Assicurato sia qualificato in base alla sua capacità, istruzione, formazione ed esperienza.

P

Perdita di Impiego: La perdita involontaria da parte dell'Assicurato dello status di Lavoratore dipendente a seguito di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo o soggettivo" (indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa lieve dell'Assicurato), a condizione che l'Assicurato, al momento del licenziamento, era assunto da almeno 6 mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e che tale licenziamento comporti lo Stato di Disoccupazione involontaria.

Periodo di Assicurazione: in relazione alla singola adesione, si intende il periodo di tempo intercorrente tra la data di Decorrenza e scadenza dell'Assicurazione, indicate nel Certificato di Adesione emesso per ogni Aderente.

Polizza: il documento che prova il presente Contratto di Assicurazione.

Polizza Collettiva: il presente Contratto di Assicurazione stipulato dal Contraente con l'Assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti (Aderenti).

Premio: la somma di denaro che l'Aderente si impegna a corrispondere all'Intermediario/Contraente, che si impegna a sua volta a versarla all'Assicuratore. L'avvenuto pagamento del Premio determina la Conclusione del Contratto.

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

Q

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

R

Reclamo: una dichiarazione scritta di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore e/o dell'Intermediario in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento Danni o di esecuzione del Contratto.

Registro dei Reclami: il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per Legge in cui sono registrati i Reclami pervenuti da tutti coloro che sono portatori di un interesse (assicurati, contraenti, aderenti, beneficiari, ecc.).

Ricorrenza Annuale: ogni anniversario della Polizza, calcolato in 12 mesi dalla data di Conclusione del Contratto.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura per almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento dell'Assicurato, inclusa la permanenza presso un reparto di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.). Resta escluso l'accesso alle strutture di pronto soccorso che non dia seguito a Ricovero o a permanenza presso un reparto O.B.I.

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

S

Set Informativo: l'insieme dei documenti che costituiscono l'informativa precontrattuale che vengono consegnati al Contraente e all'Aderente prima della sottoscrizione (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario e il Certificato di Adesione).

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui sono previste le Coperture Assicurative.

T

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

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'Assicurazione opera.

Veicolo: qualsiasi veicolo in grado di circolare su strade, dighe o rotaie.

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni del Contraente e dell'Aderente

Il presente documento costituisce una Polizza Collettiva, stipulata dal Contraente, e aperta all'adesione dei clienti dello stesso. L'Assicuratore garantisce le Prestazioni Assicurate oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato, che pertanto devono manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato indennizzo del Danno o il pagamento di un indennizzo ridotto, sia il recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 2 Variazioni di Rischio

Il Contraente e l'Aderente sono tenuti a comunicare per iscritto all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'Aggravamento del Rischio, la sua diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del Premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale. Variazioni del Rischio rilevanti ai fini della Polizza sono quelle che hanno un'incidenza sulla gravità e sull'intensità del Rischio assicurativo tale da alterare l'equilibrio tra il Rischio stesso e il Premio, ad es. la modifica dell'attività lavorativa (sia che si tratti di una nuova e ulteriore attività o di sostituzione di quella in essere, sia in caso cessazione parziale).

Art. 3 Pagamento del Premio e regolazione

L'Aderente è tenuto a pagare il Premio all'Intermediario/Contraente, con le modalità dallo stesso previste al momento dell'adesione alla Polizza Collettiva, a decorrere dalla data di Conclusione del Contratto.

Il Premio, comprensivo di Imposte, corrisponde a € 24,50 al mese (pari a € 294,00 annui) per ogni singola Adesione, da corrispondere anticipatamente per tutta la durata della Polizza.

Il mancato pagamento determina l'applicazione dell'Art.1901 del Codice Civile (vale a dire la sospensione della Polizza fino alle ore 24 del giorno del pagamento), mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Adesione come data di Decorrenza della Polizza, se in quel momento il Premio è stato pagato; in caso diverso decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze di Polizza.

Regolazione del Premio

< omissis – non rilevante per l'Aderente/Assicurato >

Art. 4 Effetto, durata, rinnovo e disdetta della Polizza Collettiva

< omissis – non rilevante per l'Aderente/Assicurato >

Art. 5 Effetto, durata, rinnovo e disdetta della singola adesione alla Polizza Collettiva

In relazione ad ogni singola adesione alla Polizza Collettiva, le date di Decorrenza e scadenza dell'Assicurazione, vale a dire il Periodo di Assicurazione, sono indicate nel Certificato di Adesione emesso per ogni Aderente.

Si precisa che in caso di Disdetta alla Polizza Collettiva da parte del Contraente, le singole adesioni rimangono valide fino alla scadenza riportata su ogni Certificato di Adesione.

L'Assicurazione ha durata poliennale e cessa automaticamente alla scadenza del Periodo di Assicurazione, non essendo soggetto a tacito rinnovo, senza perciò obbligo di preventiva Disdetta. L'Aderente ha comunque facoltà di dare Disdetta dal Contratto, senza oneri, ad ogni Ricorrenza Annuale dandone comunicazione all'Assicuratore con preavviso di 60 giorni.

In caso di:

- trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, o
- nuova immatricolazione del Veicolo indicato nel Certificato di Adesione con targa estera,
- accertata e definitiva indisponibilità o di rottamazione del Veicolo identificato nel Certificato di Adesione.
- decesso dell'Aderente a seguito di eventi non coperti dalla Polizza

in assenza di Sinistri le Garanzie cessano automaticamente con conseguente restituzione del Premio relativo al periodo non goduto dalla data dell'evento; in presenza di Sinistri, le Garanzie cessano dalla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva.

Si precisa che l'Aderente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore le suddette variazioni fornendo la documentazione necessaria.

Art. 6 Diritto di Recesso per ripensamento dell'Aderente

L'Aderente ha diritto di esercitare il Diritto di Recesso per ripensamento dall'adesione alla Polizza Collettiva, entro le ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di Decorrenza comunicando la propria volontà all'Intermediario, purchè in assenza di sinistri occorsi durante il Periodo di Assicurazione.

In tal caso l'Assicurazione sarà annullata dalla data di Decorrenza e l'Assicuratore rimborserà all'Aderente il Premio già pagato, e non goduto, escluse le Imposte, senza trattenuta alcuna.

Art. 7 Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore. Tuttavia, in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

Art. 8 Foro competente

In caso di controversie tra l'Assicuratore e il Contraente in merito al presente contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro di Milano.

In caso di controversie tra l'Assicuratore e l'Assicurato/Aderente in merito al presente contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza o del domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 9 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico dell'Aderente. Le Imposte sono calcolate in base al tasso in vigore per ramo ministeriale al momento della sottoscrizione del Contratto.

Art. 10 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge

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

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla Legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal contratto stesso.

Art. 11 Forma delle Comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Aderente e/o Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario/Contraente.

Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 12 Comunicazione degli Assicurati

Entro 10 giorni dalla fine di ogni mese il Contraente/Intermediario dovrà comunicare per iscritto all'Assicuratore, l'elenco dei nominativi degli Aderenti e degli Assicurati relativi al mese precedente, ai fini dell'inclusione in Copertura. La comunicazione dovrà contenere ogni informazione convenuta necessaria per la gestione della Polizza e preventivamente concordata.

Art. 13 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione

Sarà responsabilità del Contraente garantire che l'Assicurato possa prendere visione della Condizioni di Assicurazione mediante supporto cartaceo o digitale, in ogni momento. L'Aderente dovrà ricevere copia delle condizioni contrattuali secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Art. 14 Dati Personali

L'Assicuratore e l'Intermediario provvederanno, ciascuna per quanto di propria rispettiva competenza, agli obblighi a loro carico quali titolari o responsabili del trattamento di Dati Personali degli Assicurati ai sensi della normativa vigente.

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI (**)

Garanzie	Massimale	Franchigie/Limiti
Indennità da Infortunio e/o da Malattia		
Decesso da Infortunio	<ul style="list-style-type: none"> € 30.000; oppure € 60.000 se a seguito di Incidente Stradale 	=
Invalità Permanente da Infortunio e Malattia	<ul style="list-style-type: none"> € 30.000; oppure € 60.000 se a seguito di Incidente Stradale 	<ul style="list-style-type: none"> Si applica una franchigia pari al 60% di invalidità. Oltre il 60%, viene pagato l'intero massimale (c.d. supervalutazione del grado di Invalidità ex Art. 17.2) Carenza per Malattia: 30 giorni
Indennità da Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio e Malattia (Per Lavoratori Dipendenti Pubblici e non Lavoratori)	importo della rata mensile fino a € 550 e per un massimo di 12 mesi consecutivi e un totale di 24 indennizzi mensili	<ul style="list-style-type: none"> Franchigia temporale: 10 giorni Successivo indennizzo per ciascun periodo di Ricovero pari ad almeno 30 giorni. Carenza per Malattia: 30 giorni
Indennizzi per perdita di capacità reddituale a seguito di:		
Perdita Involontaria dell'impiego (per Lavoratori Dipendenti Privati)	importo della rata mensile fino a € 550 e per un massimo di 12 mesi consecutivi e un totale di 24 indennizzi mensili	<ul style="list-style-type: none"> Franchigia Relativa: 30 giorni
Inabilità Temporanea Totale per Infortunio e Malattia (per Lavoratori Autonomi e figure apicali di aziende private)	importo della rata mensile fino a € 550 e per un massimo di 12 mesi consecutivi e un totale di 24 indennizzi mensili	<ul style="list-style-type: none"> Franchigia Relativa: 30 giorni Carenza per Malattia: 30 giorni

(**) i massimali si intendono per Sinistro e per Periodo di Assicurazione

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 15 Oggetto dell'Assicurazione

La presente Assicurazione indennizza l'Assicurato, secondo quanto previsto nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi", in relazione ai Danni alla persona subiti a seguito dei seguenti eventi:

- a) Decesso a seguito di Infortunio;
- b) Invalidità Permanente superiore al 60%, a seguito di Infortunio e Malattia
- c) Perdita involontaria dell'impiego lavorativo, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti Privati con contratto subordinato a tempo indeterminato;
- d) Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio e Malattia, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Autonomi o figure apicali di aziende private;
- e) Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia, per i soli Assicurati che al momento dell'evento assicurato siano Lavoratori Dipendenti Pubblici e non Lavoratori.

Nello specifico le garanzie prestate dalla Polizza sono dettagliatamente indicate all'art. 17 che segue.

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo gli Infortuni verificatisi durante il Periodo di Assicurazione.

****Avvertenza**:**

Si richiama l'attenzione sul fatto che la presente Assicurazione non copre tutti gli Infortuni che possono verificarsi durante la circolazione dei Veicoli e tutti i Danni che l'Assicurato possa subire. Per una comprensione completa ed esaustiva delle garanzie prestate è pertanto necessario leggere attentamente tutta la Polizza.

Art. 16 Persone Assicurabili

Il limite di età per l'ingresso in Copertura è di 70 anni.

Sono assicurate solo le persone fisiche, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, di età compresa tra 18 e 75 anni, con il limite di 67 anni per le Garanzie Perdita Involontaria dell'impiego e Inabilità Temporanea Totale, il cui nominativo è riportato nel Certificato di Adesione e per le quali l'Aderente ha pagato il relativo Premio. Se un Assicurato compie 75 anni durante il Periodo di Assicurazione, la Copertura cesserà al primo anniversario dalla Data di Decorrenza.

Art. 17 Prestazioni assicurate

17.1 Decesso a seguito di Infortunio

In caso di Infortunio dell'Assicurato indennizzabile a termini di Polizza che ne provochi il Decesso, e purché questa si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida ai Beneficiari la Somma Assicurata, in parti uguali, per il caso di morte da Infortunio, indicata nel Certificato di Adesione.

Qualora, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il Decesso, l'Assicuratore liquiderà la Somma Assicurata ai Beneficiari. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Articoli 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento dell'Indennizzo da parte dell'Assicuratore, dovesse risultare che l'Assicurato è vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione dell'Indennità erogata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente da Infortunio eventualmente subita.

17.2 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio e Malattia

Se l'Infortunio dell'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente superiore al 60% secondo la Tabella INAIL, e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo l'Indennità indicata nel Certificato di Adesione calcolata applicando la percentuale di Invalidità Permanente secondo la Tabella INAIL alla Somma Assicurata per Invalidità assoluta, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata Tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta Tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in 1/3 della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'Indennità viene 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 sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'Infortunio.

Qualora fosse prevista l'applicazione di una Franchigia o di una Caranza, questa viene indicata nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi".

Supervalutazione del grado di Invalidità Permanente da Infortunio

Se l'Infortunio dell'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente uguale o superiore al 60% e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore erogherà il 100% del Massimale come da "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

17.3 Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia

Se l'Infortunio o la Malattia dell'Assicurato ha come conseguenza un Ricovero presso un Istituto di Cura, l'Assicuratore verserà all'Assicurato una indennità pari all'importo della rata mensile dovuta dall'Aderente a fronte del Contratto sottoscritto con il Contraente (con esclusione di eventuali maxi-rate dovute), per ogni periodo di 30 giorni consecutivi di Ricovero, entro il Massimale e i limiti indicati nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi".

Per il calcolo della durata in giorni del Ricovero, 24 ore di permanenza ininterrotta nell'Istituto di Cura verranno conteggiate come un giorno di Ricovero; se il periodo di permanenza non fosse uguale ad un multiplo di 24 ore, il periodo residuo di meno di 24 ore non sarà considerato per il calcolo dell'indennità.

La presente Garanzia è operante solo per i Dipendenti Pubblici e i non Lavoratori ed è cumulabile con le Garanzie di cui agli Art. 17.1 "Decesso a seguito di Infortunio" e Art. 17.2 "Invalidità Permanente a seguito di Infortunio e Malattia".

L'indennizzo spetta per periodi di ricovero superiori a 10 giorni consecutivi (franchigia temporale) indipendentemente dalla sua durata; qualora tuttavia il Ricovero si protragga oltre i 30 giorni, viene corrisposto un ulteriore indennizzo per ciascun periodo di Ricovero pari ad almeno 30 giorni.

ESEMPIO DI OPERATIVITA' DELLA GARANZIA:

- Ricovero inferiore a 10 giorni = nulla è dovuto
- Ricovero di 12 giorni = indennizzo di una rata
- Ricovero di 32 giorni = indennizzo di una rata
- Ricovero di 62 giorni = indennizzo di due rate

17.4 Perdita Involontaria dell'impiego lavorativo (per Lavoratori Dipendenti Privati con contratto subordinato a tempo indeterminato)

L'Assicurazione è operante nel caso di Perdita di Impiego a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo o soggettivo dell'Assicurato.

L'Assicuratore corrisponde mensilmente un importo pari alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del Contratto sottoscritto con il Contraente per il numero di mesi interi di Disoccupazione, fermi i Massimali indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi", a condizione che al momento della notifica del licenziamento, l'Assicurato sia un **Lavoratore Dipendente Privato con contratto subordinato a tempo indeterminato residente in Italia, d'età compresa tra i 18 e i 67 anni compiuti e con un rapporto di lavoro di almeno 6 mesi consecutivi.**

Si precisa che la presente Garanzia opera esclusivamente in relazione allo stato di Disoccupazione in Italia.

L'Assicuratore corrisponde l'importo con frequenza mensile fino al verificarsi del primo degli eventi di seguito indicati:

- cessazione della Disoccupazione o mancata prova della sua sussistenza;
- pensionamento o prepensionamento dell'Assicurato;
- trascorso il periodo massimo di 12 mesi consecutivi oppure 24 mesi in totale durante l'intero periodo di Copertura.

L'importo viene corrisposto anche oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione, secondo quanto sopra esposto, purché il Sinistro accada entro il periodo di Copertura.

Qualora l'Assicuratore abbia già corrisposto un importo ai sensi della presente Garanzia, prima di poter avanzare un nuovo Sinistro sempre relativo alla stessa garanzia, l'Assicurato dovrà aver ripreso un'attività lavorativa per almeno 6 mesi consecutivi presso uno stesso datore di lavoro.

Si precisa che, nel caso in cui l'Assicurato riceva dal proprio datore di lavoro un'indennità sostitutiva del preavviso, la presente Garanzia è efficace a partire dal termine del periodo di preavviso relativamente al quale si riferisce l'indennità sostitutiva corrisposta dal datore di lavoro.

Alla Garanzia si applica una Franchigia Relativa temporale pari a 30 giorni, pertanto se il periodo di Disoccupazione è inferiore a 30 giorni non sarà dovuto alcun Indennizzo, se superiore l'Indennizzo sarà dovuto a partire dal primo giorno di Disoccupazione.

17.5 Inabilità Temporanea Totale da Infortunio o Malattia (solo per Lavoratori Autonomi o figure apicali di aziende private)

L'Assicurazione è operante a seguito di Inabilità Temporanea Totale conseguente a Infortunio o Malattia dell'Assicurato.

L'Assicuratore corrisponde mensilmente un importo pari alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del contratto siglato con il Contraente (con esclusione di eventuali maxi-rate dovute) per il numero di mesi interi di Inabilità Temporanea Totale, fermi i massimali indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi", a condizione che l'Assicurato sia un Lavoratore Autonomo residente in Italia e abbia, al momento dell'evento, un'età compresa tra i 18 e i 67 anni compiuti.

L'Assicuratore corrisponde l'importo con frequenza mensile fino al verificarsi del primo degli eventi di seguito indicati:

- cessazione dell'Inabilità Temporanea Totale o mancata prova della sua sussistenza;
- ritorno dell'Assicurato alla sua Normale Attività Lavorativa;
- pensionamento o prepensionamento dell'Assicurato;
- trascorso il periodo massimo di 12 mesi consecutivi oppure 24 mesi in totale durante l'intero periodo di Copertura.

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

L'importo viene corrisposto anche oltre la scadenza del Periodo di Assicurazione, secondo quanto sopra esposto, purché il Sinistro accada durante il periodo di Copertura.

Qualora l'Assicuratore abbia già corrisposto un importo ai sensi della presente garanzia, prima di poter avanzare un nuovo Sinistro sempre relativo alla stessa Garanzia, l'Assicurato dovrà aver ripreso la sua Normale Attività Lavorativa per almeno 3 mesi consecutivi.

Alla Garanzia si applica una Franchigia Relativa temporale pari a 30 giorni; pertanto, se il periodo di Inabilità è inferiore a 30 giorni non sarà dovuto alcun Indennizzo, se superiore l'Indennizzo sarà dovuto a partire dal primo giorno di Inabilità.

Alla Garanzia si applica una Carenza di 30 giorni per eventi conseguenti a Malattia.

Art. 18 Cumulo di Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 730 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari la differenza tra l'Indennità già corrisposta e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, e non ne chiede il 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 decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità sia già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi o aventi diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, 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 all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 19 Persone Non Assicurabili

Il limite massimo di età per l'ingresso in Copertura è di 70 anni.

Non sono assicurabili le persone oltre i 75 anni; inoltre, le Garanzie Perdita Involontaria dell'impiego e Inabilità Temporanea Totale non operano oltre i 67 anni di età.

Se un Assicurato compie 75 anni durante il Periodo di Assicurazione, la Copertura cesserà al primo anniversario dalla Data di Decorrenza.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni.

Si dà atto che l'Assicurato 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 da Infortunio viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 20 Limiti Territoriali

L'Assicurazione è valida per gli Infortuni occorsi in qualsiasi Paese del mondo, ad eccezione della garanzia Perdita Involontaria dell'impiego lavorativo che è valida solo per impieghi con sede in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 21 Eventi non rientranti tra gli Infortuni assicurati

Per chiarezza non rientrano tra gli Infortuni i seguenti eventi, in quanto malattie: ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.

Art. 22 Criteri di Indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio e/o Malattia, in base alla garanzia a cui si fa riferimento, che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute o da Malattie pregresse; 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.

Art. 23 Limite Catastrofale

Nel caso in cui, a seguito dello stesso evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, l'importo totale dell'Indennizzo corrisposto dall'Assicuratore non potrà superare euro 1.500.000 in aggregato. Se gli Indennizzi complessivamente dovuti eccederanno tale importo, l'Assicuratore procederà alla riduzione in proporzione.

Art. 24 Esclusioni

24.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie

Le Garanzie e le Prestazioni Assicurate dalla presente Polizza non sono valide se l'Assicurato in qualità di conducente non è abilitato alla guida ai sensi delle disposizioni di Legge vigenti al momento del Sinistro.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione:

- a) Malattie Pregresse note alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative recidive, con l'eccezione delle patologie insorte ma non diagnosticate prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione e manifestatesi dopo tale data;
- b) Infortuni e Malattie derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio o Malattia;
- c) Infortuni derivanti da ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea.
- d) Malattie derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altre patologie ad essa collegate;
- e) Malattie derivanti da cure dimagranti o dietetiche;

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 - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - 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 de 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

- f) Eventi derivanti da trattamenti di carattere estetico, ad eccezione di quelli di ricostruzione plastica conseguenti ad Infortunio o Malattia occorsi durante la validità della copertura;
- g) Malattie dovute a sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, disturbi mentali o psichici in genere e nevrosi, comprese forme maniaco-depressive, stati paranoidei e di stress;
- h) Malattie tropicali;
- i) Malattie e patologie riconducibili ad epidemie o aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall' OMS;
- j) Infortuni derivanti da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- k) eventi avvenuti mentre l'Assicurato è alla guida o è passeggero di un Veicolo non autorizzato alla Circolazione in base alla normativa applicabile;
- l) eventi avvenuti mentre l'Assicurato si trova in uno stato di intossicazione acuta alla guida da droghe o alcool;
- m) eventi verificatisi durante la Circolazione di veicoli o trasporti eccezionali e/o soggetti a specifica autorizzazione alla Circolazione da parte degli Enti ed Autorità competenti;
- n) eventi avvenuti mentre l'Assicurato è alla guida di un Veicolo senza regolare patente di guida in corso di validità, qualora richiesta dalla normativa applicabile; in caso di patente scaduta durante il Periodo di Assicurazione, è concessa una tolleranza temporale di 15 giorni dalla data di scadenza durante i quali l'Assicurato è coperto;
- o) eventi derivanti da delitti dolosi o fatti illeciti compiuti o tentati dall'Assicurato;
- p) eventi derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti);
- q) eventi derivanti dalla pratica sportiva professionistica da parte dell'Assicurato;
- r) Infortuni derivanti dalla pratica delle seguenti attività da parte dell'Assicurato: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park, sport aerei di ogni tipo;
- s) Infortuni derivanti dalla pratica di sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore o subacquei;
- t) Infortuni derivanti da uso o produzione di esplosivi o utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo, nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime
- u) Infortuni derivanti da uso di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come a esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio) e uso di aeromobili in genere, salvo gli Infortuni subiti durante viaggi aerei in qualità di passeggero su aeroplani ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, restando comunque esclusi i voli effettuati su aeroplani ed elicotteri di proprietà di aeroclub;
- v) eventi derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato;
- w) atti di temerarietà; suicidio o tentato suicidio, compresi gli atti di autolesionismo compiuti o tentati dall'Assicurato;
- x) eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, conflitto armato, insurrezioni a carattere generale, terrorismo, scioperi, tumulti, sommosse civili, agitazioni di lavoratori, coprifuoco, chiusura degli aeroporti a seguito di qualsiasi causa, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- y) eventi 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.);
- z) eventi derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale da parte dell'Assicurato;
- aa) eventi derivanti da movimenti tellurici.

24.2 Esclusioni particolari applicabili alla garanzia “Perdita Involontaria dell’impiego lavorativo”

La garanzia non è operante:

- a) per lavoratori interinali, con contratto a tempo determinato, di formazione di lavoro, stagionali, con contratto a progetto o altri contratti atipici in genere;
- b) per contratti di lavoro non regolati dal diritto Italiano;
- c) in caso di:
 - I. licenziamento tra parenti, ascendenti e discendenti e coniugi e/o conviventi;
 - II. mancato superamento del periodo di prova dell’Assicurato;
 - III. risoluzione del rapporto di lavoro per propria volontà dell’Assicurato;
 - IV. risoluzioni del rapporto di lavoro dell’Assicurato, anche consensuali, per i quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
 - V. raggiungimento dell’età di quiescenza o dell’età necessaria per l’erogazione della pensione di anzianità ovvero in ogni altro caso di pensionamento dell’Assicurato;
 - VI. cessazione del rapporto di lavoro per giusta causa, ovvero quando si verifica una circostanza così grave da non consentire la prosecuzione, nemmeno provvisoria, del rapporto lavorativo;
 - VII. cessazione del rapporto di lavoro dovuto al superamento del periodo di comporta;
 - VIII. prepensionamento, disoccupazioni parziali, riduzione orario di lavoro;

24.3 Esclusioni particolari applicabili alle garanzie “Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia” e “Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio e Malattia”

Sono esclusi dall’Assicurazione indennizzi, prestazioni, conseguenze e/o eventi derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) interruzione volontaria della gravidanza da parte dell’Assicurato;
- b) la mancata assunzione di farmaci o alla scelta dell’Assicurato di non seguire una cura raccomandata e prescritta o richiesta dal Medico;
- c) malattie psichiche, ansia, stress, fobia, depressione o qualsiasi disturbo psicologico dell’Assicurato;
- d) virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili da parte dell’Assicurato;
- e) cura o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite, per applicazioni di carattere estetico, per cure termali e dimagranti, per cure dentarie non conseguenti ad infortunio da parte dell’Assicurato.

****Avvertenza**:**

L’Assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun Indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio in virtù della presente Polizza qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale Indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio esponesse l’Assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell’Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, del Regno Unito, degli Stati Uniti d’America o da convenzioni internazionali.

L’Assicuratore è una società del gruppo CHUBB Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, l’Assicuratore è soggetto a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell’Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare Sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ad alcuni Paesi quali Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

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

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 25 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Per le garanzie “Decesso da Infortunio” e “Invalidità Permanente Totale da Infortunio e Malattia” e “Indennità da Ricovero a seguito di Infortunio e Malattia”

La denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata all'Assicuratore o all'Intermediario/Contraente cui la Polizza è assegnata entro 15 giorni dalla data in cui il Sinistro si è verificato o dal momento in cui l'Aderente/l'Assicurato, i Beneficiari o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. Nel caso in cui la denuncia sia presentata all'Intermediario/Contraente, lo stesso si impegna a trasmetterla all'Assicuratore entro 15 giorni da quando ne abbia avuto a sua volta comunicazione da parte dell'Assicurato.

La denuncia dovrà essere inviata a mezzo:

- online, sul sito <https://www.chubbclaims.com/ace/it-it/claims.aspx>

oppure

- e-mail all'indirizzo: chubb.denunce.tpa@chubb.com ;

oppure

- raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a: Chubb European Group SE – Ufficio Sinistri – Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano;

L'Assicurato/L'Aderente dovrà fornire a proprie spese la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei Dati Personali.

La Denuncia dovrà indicare il luogo, giorno ed ora del Sinistro ed essere corredata da:

- certificato medico attestante l'Infortunio o la Malattia;
- copia del verbale delle Autorità Pubbliche intervenute dopo l'incidente.
- rapporto medico del Ricovero attestante l'Infortunio o la Malattia.
- Documentazione fiscale relativa alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del contratto sottoscritto con il Contraente

L'Assicuratore potrà inoltre richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, ulteriore documentazione e/o copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura.

Per la garanzia “Perdita Involontaria dell'Impiego”:

Relativamente alla garanzia “Perdita di Impiego”, la Denuncia di Sinistro dovrà contenere la seguente documentazione:

- copia della lettera di assunzione o documento equivalente attestante la condizione di Lavoratore Dipendente Privato;
- copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di Disoccupazione in Italia o della risultanza dello stato di disoccupazione/scheda anagrafica professionale;
- attestazione mensile del ricevimento delle indennità di Disoccupazione (il mancato invio di un'attestazione alla scadenza costituisce cessazione del periodo di Disoccupazione).
- Documentazione fiscale relativa alla rata mensile dovuta dall'Assicurato a fronte del contratto sottoscritto con il Contraente

L'Assicuratore si riserva la facoltà e il diritto di richiedere, laddove necessario, la documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione.

L'Assicurato dovrà inoltre esprimere il consenso al trattamento dei Dati Personali.

Per la garanzia “Inabilità Temporanea Totale”:

Relativamente alla garanzia “Inabilità Temporanea da Infortunio o Malattia”, la Denuncia di Sinistro dovrà essere inviata all’Assicuratore entro 15 giorni dall’insorgere della Malattia o dal verificarsi dell’Infortunio e dovrà indicare il luogo, giorno e l’ora dell’evento, nonché essere corredata da un certificato medico (da fornire a proprie spese). L’Assicurato è obbligato a seguire le prescrizioni mediche e trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l’abilità di ricominciare il lavoro. **La Denuncia di Sinistro dovrà inoltre contenere la seguente documentazione:**

- **copia della documentazione comprovante la sua qualità di Lavoratore al momento del Sinistro (a titolo esemplificativo, copia della dichiarazione IRPEF, copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);**
- **copia della certificazione medica che indichi la natura della Malattia o dell’Infortunio che ha provocato l’Inabilità Temporanea e la relativa durata, nonché i successivi certificati medici emessi alla scadenza del certificato precedente. Si precisa che il mancato invio di un nuovo certificato alla scadenza del precedente costituisce prova della cessazione del periodo di Inabilità Temporanea e l’Indennizzo verrà calcolato considerando come data di guarigione quella prognosticata nell’ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l’Assicuratore possa stabilire una data anteriore. L’Assicuratore si riserva in ogni caso la facoltà di incaricare un medico per verificare l’effettivo stato di Inabilità Temporanea.**
 - Documentazione fiscale relativa alla rata mensile dovuta dall’Assicurato a fronte del contratto sottoscritto con il Contraente
-

L’Assicuratore si riserva la facoltà e il diritto di richiedere, laddove necessario, la documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione.

L’Assicurato dovrà inoltre esprimere il consenso al trattamento dei Dati Personali.

Art. 24 Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro.

In caso di controversie sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro di natura medica, 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 del presente Contratto di Assicurazione.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l’Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell’altra (ossia, nel caso dell’Assicuratore, del Contraente o dell’Assicurato) all’attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall’altra Parte.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti, tra tre nomi proposti dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell’Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la Parte proponente convoca il Collegio Medico, invitando l’altra Parte a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell’Aderente/Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico, a meno che la decisione del Collegio sia a favore dell’Assicurato, per cui in tal caso tutti i costi e gli oneri relativi alla nomina del Collegio Medico e ai relativi compensi, resteranno a carico dell’Assicuratore. 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.**

In caso di controversie di altra natura, le Parti si impegnano a intraprendere i procedimenti di risoluzione extragiudiziale messi a disposizione dalla normativa vigente e indicati nel DIP Aggiuntivo del presente Set Informativo.

Art. 25 Prova

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

Art. 26 Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della Garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro, ivi compreso l'atto di quietanza debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato ove necessario, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni lavorativi dal momento in cui sono stati acquisiti tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione del Sinistro. Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

=====

Chubb European Group SE
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi



Informativa 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 forniti dal contraente 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 consenso dell'interessato, particolari categorie di dati quali – per esempio – i dati inerenti allo stato di salute dell'interessato stesso (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 specifica richiesta. Inoltre, nel caso venga richiesto lo specifico consenso espresso dell'interessato, i dati potranno essere utilizzati per contattarlo 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 inviargli offerte sui nostri prodotti. Resta inteso che in ogni momento l'interessato 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 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.

L'interessato ha diritto di accedere ai 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, si ricorda che ogni interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei 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:

Il Contraente
(Timbro e firma)

Come presentare un Reclamo

All'Assicuratore	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Assicuratore, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com</p> <p>L'Assicuratore fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Assicuratore.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

Chubb. Insured.SM