

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.00043. 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: Convenzione Willis no. ITBBBY05410

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?

E' una polizza collettiva stipulata da Willis Italia S.p.A. (Contraente della polizza collettiva) e rivolta ai prestatori di lavoro subordinato nel comparto sanitario, medico e non medico. Sono oggetto di copertura gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle mansioni relative all'attività professionale dichiarata in polizza e/o nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, salvo quanto diversamente specificato nel certificato di assicurazione. Possono aderire le persone fisiche maggiorenni e residenti in Italia di età inferiore ai 70 anni.



Che cosa è assicurato?

- ✓ In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio definito a termini di polizza, l'erogazione della somma assicurata in favore dei beneficiari indicati dall'Assicurato, purché il decesso intervenga entro 730 giorni dalla data dell'infortunio
- ✓ L'erogazione di un capitale in caso di invalidità permanente dell'Assicurato a seguito di infortunio definito a termini di polizza, purché l'invalidità si verifichi entro 730 giorni dalla data dell'infortunio
- ✓ Il pagamento di un indennizzo in caso di contagio dell'Assicurato da virus HIV, Epatite B o Epatite C, a condizione che il contagio si sia verificato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e sia stato certificato da apposito test clinico

L'Assicuratore risarcisce il danno fino agli importi massimi stabiliti in polizza (c.d. massimali), indicati nella proposta formulata dall'Assicuratore.

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Infortuni derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
- ✗ Infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Infortuni derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Infortuni derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante
- ✗ Contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione
- ✗ Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue)
- ✗ Epatiti alcoliche

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono applicabili franchigie e sottolimiti di indennizzo specifici per ogni garanzia
- ! Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoidei

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



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Inviare immediata comunicazione scritta all'Assicuratore in caso di qualunque variazione che modifichi ogni elemento del rischio
- Denunciare il sinistro per iscritto all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui il sinistro si è verificato o da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza, fornendo tutte le informazioni e la documentazione richiesta per la gestione del sinistro. Se l'infortunio comporta la morte dall'Assicurato, l'Assicuratore deve esserne informato entro 24 ore
- Sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, seguire le prescrizioni mediche e trattenersi dal commettere atti che possono ostacolare le cure prescritte e la capacità di riprendere la propria abituale attività lavorativa
- In caso di contagio da virus HIV, Epatite B o C, denunciarlo all'Assicuratore entro 15 giorni dalla data in cui il presunto contagio è occorso o da quando l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, indicando il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e corredando la denuncia della documentazione medica e clinica richiesta



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato all'Assicuratore tramite l'Intermediario cui la polizza è assegnata in un'unica soluzione ed entro 7 giorni dalla data della richiesta di adesione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza viene emessa con durata predeterminata pari ad un anno a partire dalla data di adesione alla polizza collettiva, riportata sul modulo di adesione.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di adesione, a condizione che il premio risulti pagato entro il termine di 7 giorni. In caso contrario, la copertura sarà operante a partire dalla data di pagamento del premio.



Come posso disdire la polizza?

La polizza prevede il rinnovo tacito se non disdettata tramite lettera raccomandata A/R inviata entro 30 giorni dalla scadenza del periodo assicurativo in corso.

La polizza prevede, inoltre, il diritto di recesso dell'Assicurato da esercitarsi entro 30 giorni dalla data di effetto della copertura tramite comunicazione scritta inviata a Willis Italia S.p.A. via fax, e-mail o posta ai recapiti indicati in polizza.

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Convenzione Willis no. ITBBBY05410

DIP Aggiuntivo realizzato in data: Dicembre 2018. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - italy@chubb.pec.com - P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00043. 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

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato di Chubb European Group Limited, ora Chubb European Group SE. Il patrimonio netto di Chubb European Group Limited al 31 Dicembre 2017 è pari a £ 2.405.367.060 (€ 2.711.096.429) e comprende il capitale sociale pari a £ 786.119.879 (€ 886.038.074) e le riserve patrimoniali pari a £ 1.619.247.181 (€ 1.825.058.355). Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group Limited è pari al 143%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a £ 1.610.693.571 (€ 1.815.417.556) e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a £ 2.301.587.534 (€ 2.594.126.214). Il requisito patrimoniale minimo è pari a £ 475.741.653 (€ 536.209.844). Gli importi in Euro sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 29 Dicembre 2017 (GBP 1 = € 1,127103). Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <https://www.chubb.com/uk-en/about-us/europe-financial-information.aspx>. I dati patrimoniali relativi a Chubb European Group SE saranno disponibili a seguito dell'approvazione del bilancio al 31 Dicembre 2018.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

La polizza comprende tra gli Infortuni:

- ✓ Asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento
- ✓ Assideramento o congelamento
- ✓ Colpi di sole o di calore
- ✓ Lesioni (esclusi gli infarti)
- ✓ Ernie traumatiche da sforzo, incluse le ernie discali
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato e derivanti da imperizia e/o imprudenza
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanza in genere
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortunio risarcibile a termine di polizza
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato a seguito di lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- ✓ Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero (ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti
- ✓ Infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo

- ✓ Infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ Infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza
- ✓ Infortuni derivanti da movimenti tellurici
- ✓ Qualora in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle condizioni di assicurazione l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire il decesso o lesioni organiche permanenti in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), la corresponsione delle somme rispettivamente assicurate per i casi di morte di invalidità permanente (Esposizione agli elementi)



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ Infortuni derivanti da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, fatto salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?"
- ✗ Infortuni derivanti dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo
- ✗ Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura
- ✗ Infortuni derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei
- ✗ Infortuni derivanti da arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale
- ✗ Infortuni derivanti da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo e/o risarcimento né a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo e/o risarcimento o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali ed economiche previste da leggi o disposizioni dell'Unione Europea e dei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali
- ! È prevista l'applicazione di franchigie e sottolimiti specifici. Tali franchigie e sottolimiti vengono indicati nella proposta formulata dall'Impresa
- ! La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio è prestata con l'applicazione della seguente franchigia: non si farà luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 3% della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente
- ! Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un univo evento, l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà essere superiore ad € 25.000.000



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: L'elenco completo dei documenti da fornire all'Impresa è contenuto nelle Condizioni di Assicurazione in relazione a ogni specifica garanzia
	Assistenza diretta/in convenzione: La polizza non prevede prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da enti/strutture convenzionate con l'Impresa.
	Gestione da parte di altre imprese: La polizza non prevede la gestione dei sinistri da parte di altre imprese.
	Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 Codice Civile.
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	La polizza non prevede un termine entro il quale l'Impresa si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio
Rimborso	In caso di recesso sarà restituito il premio di polizza pagato, senza alcuna trattenuta



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche prestatori di lavoro subordinato nel comparto sanitario, medico e non medico, di età inferiore ai 70 anni ed aderenti alla polizza collettiva stipulata da Willis Italia S.p.A. (Contraente della polizza collettiva).



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 16%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it , alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf . In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. 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 o della malattia la polizza prevede l'impegno delle Parti a conferire mandato ad un Collegio di tre medici, con scrittura privata tra le Parti, di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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.

GLOSSARIO

Vengono di seguito riportati, ai fini di una migliore comprensione delle informazioni contenute nel Set Informativo, i principali termini utilizzati in ambito assicurativo. Si avverte che ai fini della corretta interpretazione delle Condizioni di Assicurazione, valgono unicamente le definizioni inserite nelle condizioni stesse.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, nonché il titolare del diritto all'indennizzo prestato dall'assicuratore.

Assicuratore/Impresa/Compagnia: Chubb European Group SE.

Assicurazione: il contratto con cui un soggetto trasferisce ad un altro soggetto un rischio al quale è esposto.

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

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

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

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

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

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

Carenza: il periodo che può intercorrere tra il momento della stipula di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia prestata dall'assicuratore diviene efficace.

Certificato di assicurazione: il documento, che può essere rilasciato dall'assicuratore, attestante la stipula del contratto di assicurazione.

Condizioni di assicurazione: le condizioni contrattuali standard previste da un contratto di assicurazione. Tali condizioni possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti, e che si obbliga a pagare il relativo premio.

Danno: il pregiudizio subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

Diarìa: garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma da parte

dell'assicuratore per ogni giorno d'inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente a infortunio o malattia.

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

Disdetta: la comunicazione che il contraente o l'assicuratore invia all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di terminare il contratto.

Franchigia: la parte di danno, espressa in cifra fissa, che l'assicurato tiene a suo carico e per il quale l'assicuratore non riconosce l'indennizzo.

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

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

Indennizzo/Indennità/Risarcimento: la somma dovuta dall'assicuratore all'assicurato (o, in casi particolari, al beneficiario) in caso di sinistro, determinata applicando le eventuali franchigie, scoperti e sottolimiti previsti dal contratto.

Intermediario: l'intermediario assicurativo, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al contratto di assicurazione.

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

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

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, che svolge funzioni di sorveglianza nei confronti delle imprese di assicurazioni, anche straniere, operanti in Italia.

Liquidazione: il pagamento dell'indennizzo dovuto dall'assicuratore in caso di sinistro coperto dall'assicurazione.

Massimale/Limite/Somma assicurata: La somma massima liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno per ogni sinistro. Quando invece è specificato nelle Condizioni di Assicurazione che il massimale è prestato per un periodo di assicurazione, esso rappresenta l'obbligazione massima a cui l'assicuratore è tenuto per tutti i sinistri relativi a tale periodo.

Periodo assicurativo/di assicurazione: il periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa, a condizione che sia stato pagato il premio.

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

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione stipulato dal contraente, contenente tutte le condizioni contrattuali applicabili.

Polizza collettiva: è il contratto di assicurazione stipulato da un contraente nell'interesse di più assicurati.

Premio: la somma di denaro dovuta dal contraente a titolo di corrispettivo per la prestazione assicurativa.

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

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

Scoperto: la parte di danno, espressa in percentuale, che l'assicurato tiene a suo carico e per il quale l'assicuratore non riconosce l'indennizzo.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sottolimito: la somma massima, espressa in percentuale o in cifra assoluta, che rappresenta il massimo esborso dell'assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui è previsto.

CONVENZIONE WILLIS

no. ITBBBY05410

Contratto di assicurazione Infortuni

Condizioni di Assicurazione

Mod. Sanità Friuli

CHUBB®



Chubb Easy Solutions

Contratto di assicurazione Infortuni

emesso e garantito da Chubb European Group SE - Rappresentanza Generale per l'Italia
Ultimo aggiornamento: 12/2018

Condizioni di Assicurazione

CAPITOLO 1 – Definizioni

Adesione:	L'Adesione del singolo Assicurato/Aderente alla Polizza Collettiva.
Assicurato/Aderente:	Soggetto dipendente nel comparto sanitario, che svolge l'attività di medico e non medico, che aderisce alla Polizza Collettiva.
Contraente:	Willis Italia Via Pola, 9 20124 Milano
Contagio:	Evento dovuto a causa esterna, violenta ed improvvisa che produca all'organismo come conseguenza diretta ed esclusiva, un'infezione da virus HIV o Epatite B o C clinicamente accertabile.
Epatite:	L'infiammazione del fegato dovuta ad un contagio.
Epatite B:	Malattia infettiva, causata dal virus HBV, appartenente alla famiglia HepadnaViridae
HIV:	Virus dell'immunodeficienza umana (acronimo dall'inglese <i>Human Immunodeficiency Virus</i>) è il virus responsabile della sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).
Infortunio:	Un evento dovuto a causa violenta, fortuita ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Epatite C:	Malattia infettiva, causata dal virus Hepatitis C Virus (HCV).
Condizioni di Assicurazione:	Il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.
Modulo di Adesione:	Documento predisposto dalla Società contenente la dichiarazione di adesione da parte del singolo Assicurato/Aderente alla Polizza Collettiva n. N° ITBBBY05410, stipulata dal Contraente per suo conto con la Società e che prova la concessione della Copertura assicurativa.
Polizza Collettiva:	Contratto di Assicurazione stipulato tra Chubb European Group SE e Willis Italia Spa.
Premio di assicurazione o Premio:	L'importo dovuto dall'Assicurato alla Società.
Prestazioni assicurate:	Le prestazioni, in termini di massimali e garanzie, corrisposti dalla Società in caso di sinistro.
Società:	L'Impresa Assicuratrice Chubb European Group SE

CAPITOLO 2 - Oggetto dell'assicurazione

Art. 1) Ambito di operatività

L'assicurazione vale, soggetta alle esclusioni, per gli infortuni che l'Assicurato/Aderente subisce nell'espletamento delle mansioni relative all'occupazione professionale dichiarata in polizza e/o extra-professionali. Sono Assicurabili i soggetti dipendenti nel comparto sanitario, che svolgono l'attività di medico e non medico. Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, *purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal successivo Art.12*), anche:

- l'asfissia meccanica ivi compreso l'annegamento;
- l'assideramento o congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni (esclusi gli infarti);
- le ernie traumatiche e da sforzo, incluse anche le ernie discali, in base a quanto disposto nell'Art. 2) che segue.

Sono compresi inoltre gli infortuni subiti dall'Assicurato/Aderente:

- derivanti da imperizia, imprudenza;
- a seguito di avvelenamento, intossicazioni e lesioni prodotte dall'ingestione accidentale di cibi o dall'assorbimento di bevande o sostanze in genere;
- a seguito di infezioni comprese quelle tetaniche, conseguenti ad infortuni risarcibili a termini di polizza;
- a seguito di lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive.

Art. 2) Ernie traumatiche e da sforzo

A specificazione di quanto disposto dall' Art. 1) di cui sopra, si conviene che:

- nel caso di ernia addominale operata o operabile viene riconosciuto un indennizzo *fino ad un massimo del 2%* (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un indennizzo *fino ad un massimo del 5%* (cinque per cento) della somma assicurata;
- nel caso di ernia del disco intervertebrale viene riconosciuto un indennizzo *fino ad un massimo del 2%* (due per cento) della somma assicurata;
- nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui all'Art. 30) delle Condizioni di Assicurazione.

Per i casi di cui sopra non verranno applicate le franchigie di invalidità permanente previste in polizza.

Art. 3) Rischio volo

L'assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati, come passeggero (*ma non come pilota o altro membro dell'equipaggio*) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. *Restano esplicitamente esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aereoclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso.* Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo. Resta espressamente convenuto che *in nessun caso la Società potrà essere chiamata a risarcire, a seguito di sinistro, un indennizzo complessivo superiore a € 5.000.000,00 (cinquemilioni) qualunque sia il numero degli Assicurati viaggianti sull'aeromobile.* Qualora il predetto limite massimo fosse insufficiente a coprire per intero il totale degli indennizzi liquidabili a termini di polizza, in dipendenza del medesimo sinistro, la Società liquiderà ciascun Assicurato in base alla proporzione esistente tra il suddetto limite ed il totale degli indennizzi che sarebbero liquidabili a termini di polizza, salvo per quanto disposto nella presente clausola.

Art. 4) Rischio guerra

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, *per un periodo massimo di 14 (quattordici) giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso, dagli eventi citati, mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del Suo arrivo in tale Paese.*

Art. 5) Malore

L'assicurazione comprende gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.

Art. 6) Movimenti tellurici

L'assicurazione comprende gli infortuni derivanti da movimenti tellurici.

Art. 7) Esposizione agli elementi

La Società, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di Assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di morte e di invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'infortunio ma, in conseguenza della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (es. perdita di orientamento), l'Assicurato si trovi in condizioni tali da subire la morte o lesioni organiche permanenti.

CAPITOLO 3 - Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Art. 8) Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata dalla Società ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali, purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad un infortunio risarcibile a termini di polizza e questa si verifichi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto.

Art. 9) Morte presunta

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari indicati in polizza il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 (centottanta) giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 10) Invalidità Permanente da infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifica entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno nel quale è avvenuto, la Società liquida per tale titolo una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità assoluta, secondo la tabella annessa al T.U. sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30/06/1965 n. 1124 (per l'industria), con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista.

Per gli Assicurati mancini le percentuali di invalidità permanente previste dalla predetta tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta. Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% (cento per cento) della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità 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 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'infortunio.

A parziale deroga a quanto previsto dal presente articolo, la garanzia è prestata con l'applicazione della seguente franchigia:

- non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado inferiore al 3% (tre percento) della totale. Se invece essa risulterà superiore al 3% (tre percento) della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

Art. 11) Contagio da HIV, Epatite B o C

Limitatamente al solo ambito professionale la Società garantisce il pagamento dell'Indennizzo stabilito in polizza per il caso di contagio da virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) o Epatite B o C occorsi all'Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza e certificato da appositi test clinici secondo le seguenti scadenze e modalità:

1. a distanza di 5 giorni dal presunto contagio;
2. a distanza di 2 mesi dal presunto contagio;
3. a distanza di 6 mesi dal presunto contagio (in caso di negatività del test di cui al punto 2).

Esiti test di cui al punto 1:

Positivo: non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione cesserà automaticamente alla prima scadenza annuale successiva alla data dell'accertamento.

Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 2.

Esiti test di cui al punto 2:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 2 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: l'Assicurato dovrà sottoporsi al test di cui al punto 3.

Esiti test di cui al punto 3:

- Positivo: l'Assicurato dovrà consegnare alla Società tutta la documentazione relativa ai 3 test effettuati per certificare la condizione di contagio da Virus HIV o Epatite B o C;
- Negativo: la Società non procederà ad alcun indennizzo.

CAPITOLO 4 – Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

Art. 12) Esclusioni

Infortunati

Sono esclusi dalla presente assicurazione gli infortuni derivanti:

- da eventi direttamente connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall'Art. 4) (rischio guerra);
- 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.);
- da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., salto dal trampolino con gli sci, bob, pugilato, deltaplano, sport aerei in genere;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di regolarità pura;
- da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquee;
- da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
- dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.

Relativamente alla garanzia di cui all'Art 11) Contagio da HIV, Epatite B o C. restano esclusi i:

- contagi da HIV, Epatite B o C che risultino già in atto secondo quanto previsto dal punto 1 dell'Art. 11) Contagio da HIV, Epatite B o C;
- Contagi non riconducibili allo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza (a titolo puramente indicativo e non esaustivo: trasmissione sessuale, infortuni domestici, tatuaggi, trasfusioni di sangue...)
- Epatiti alcoliche;

Art. 13) Persone non assicurabili – Limite d'età

La garanzia assicurativa si intende prestata fino al compimento del 70° (settantesimo) anno di età. La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoidi; l'assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Tuttavia, ciò premesso, si dà atto che l'Assicurato/Aderente è esonerato dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio l'indennità per invalidità permanente viene liquidata per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, conformemente a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione.

Art. 14) Limiti territoriali

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

Esclusioni OFAC (Sanction Limitation Exclusion Clause)

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 edei singoli Paesi che ne fanno parte, degli Stati Uniti d'America o da convenzioni internazionali. 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 ad alcuni paesi quali *Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea*.

Art. 15) Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio (contagio) che siano da considerarsi indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio (contagio) 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. 16) Cumulo di indennità

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro 365 (trecentosessantacinque) giorni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non 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 muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Limite catastrofale

Fermo i limiti stabiliti per gli infortuni aeronautici, nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza, in conseguenza di un unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a € 25.000.000 (venticinque milioni). Se gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero tale importo la Società procederà alla riduzione proporzionale.

CAPITOLO 5 – Premio di assicurazione

Art. 17) Pagamento del premio

L'assicurato/Aderente è tenuto al pagamento del premio di polizza, entro il termine di 7 giorni dal giorno della richiesta di adesione. Il premio è pagato in un'unica soluzione secondo gli importi che seguono:

Massimali assicurati

	Premio	Morte accidentale	Invalidità permanente da infortunio	Contagio HIV ed Epatite (solo rischio professionale)
Opzione A	€ 95	€ 50.000	€ 50.000	€ 50.000
Opzione B	€ 300	€ 200.000	€ 200.000	€ 50.000

CAPITOLO 6 – Effetto e durata del contratto

Art. 18) Modalità di adesione alla Polizza Collettiva per singolo Assicurato/Aderente

L'adesione alla Polizza Collettiva da parte dell'Assicurato/Aderente è subordinata:

- al pagamento del premio di polizza attraverso le modalità indicate nel Capitolo che precede;
- all'adesione online sul sito <https://clientportal.willis.it/sanitafriuli/>

A conferma della volontà di adesione alla Polizza Collettiva - fatta salva la validità della copertura assicurativa, regolarmente acquistata e pagata - l'Assicurato/Aderente dovrà inviare al Broker la documentazione sottoscritta insieme alla contabile del pagamento secondo le modalità che seguono:

1. casella e-mail: ITA_SanitaFriuli@willis.com (allegare la scansione dei documenti).
2. posta ordinaria: Willis Italia SpA - Affinity Group: Via Padova, 55 - 10152 Torino

Resta inteso che prima dell'adesione l'Assicurato potrà prendere visione del materiale contrattuale e precontrattuale, delle Condizioni di Assicurazione sul sito <https://clientportal.willis.it/sanitafriuli/>

Art. 19) Decorrenza della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente

La Data di effetto della copertura per singolo Assicurato /Aderente inizia dalle ore 24:00 del giorno di adesione (riportata sul Modulo di Adesione) a condizione che il premio risulti pagato entro il termine di 7 giorni. In caso contrario, la copertura sarà operante a partire dalla data di pagamento del premio.

Art. 20) Durata della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente

La Copertura per singolo Assicurato/Aderente ha durata un anno a partire dalla data di adesione riportata sul Modulo di

Adesione.

Art. 21) Diritto di Recesso dalla copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente

Fermo restando quanto riportato nell'Art.19 che precede, L'Assicurato/Aderente ha diritto di esercitare diritto di recesso entro 30 gg dalla data di effetto della copertura, La comunicazione della volontà di recesso dovrà essere manifestata attraverso comunicazione scritta a inviata al Broker incaricato dalle Parti, secondo le modalità che seguono:

1. casella e-mail: ITA_SanitaFriuli@willis.com (allegare la scansione dei documenti).
2. posta ordinaria: Willis Italia SpA - Affinity Group: Via Padova, 55 - 10152 Torino

In tal caso la polizza sarà annullata dalla data di effetto della copertura, e la Società rimborserà all'Assicurato/Aderente il premioli polizza pagato, senza trattenuta alcuna. Resta inteso che in caso di esercizio del diritto di recesso, eventuali sinistri occorsi non saranno indennizzati.

Art. 22) Data di effetto e durata della Polizza Collettiva

La Polizza Collettiva soggetta a tacito rinnovo avrà decorrenza alle ore 24.00 del **30/04/2017** e scadenza alle ore 24.00 del

30/04/2018 Per le annualità successive, avrà scadenza alle ore 24.00 di ogni **30/04**.

Art. 23) Modalità di disdetta e rinnovo della Polizza Collettiva e della copertura per singolo Assicurato

Polizza Collettiva

In mancanza di disdetta inviata mediante lettera raccomandata A.R. da una delle Parti (il Contraente o la Società) all'altra almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, la polizza collettiva si intenderà tacitamente rinnovata alle condizioni in essere per un periodo di un anno/365 giorni e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale. Il Contraente e la Società avranno comunque la facoltà di recedere dalla polizza al termine di ogni annualità mediante la procedura sopra indicata. Nel caso di disdetta della

polizza collettiva, la copertura per i singoli Assicurati/Aderenti rimarrà attiva fino alla naturale scadenza. Quanto sopra fermo restando che l'Assicurato/Aderente dovrà aver aderito prima delle ore 24.00 della data effettiva di scadenza della polizza collettiva.

Singolo Assicurato

L'Assicurato/Aderente potrà dare disdetta della copertura inviando lettera raccomandata A/R alla Società, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza. In assenza di comunicazione di disdetta, la copertura per il singolo Assicurato/Aderente

si intenderà tacitamente rinnovata alle condizioni in essere per un'altra annualità e così successivamente. Per la validità di tale lettera farà fede il timbro dell'Ufficio Postale.

Nel caso di disdetta della polizza collettiva, la copertura per i singoli Assicurati/Aderenti rimarrà attiva fino alla naturale scadenza. Quanto sopra fermo restando che l'Assicurato/Aderente dovrà aver aderito prima delle ore 24.00 della data effettiva di scadenza della polizza collettiva.

CAPITOLO 7 – Denuncia di sinistro

Art. 24) Denuncia del sinistro – Obblighi relativi

La denuncia di ogni infortunio, deve essere fatta alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, o al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società:

Infortuni

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro *entro 15 (quindici) giorni* dall'infortunio stesso o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico. Se l'infortunio risulta nella morte dell'Assicurato, la Società deve essere informata entro le ventiquattro ore per telegramma. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche

immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattarsi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro.

Denuncia del presunto contagio

L'Assicurato e/o Contraente deve denunciare alla Società il sinistro *entro 15 (quindici) giorni* dal presunto contagio o dal momento in cui gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità. La denuncia deve indicare il luogo, giorno ed ora dell'evento e deve essere corredata di tutta la documentazione medica e clinica come indicato dall'Art.11 che precede.

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

CAPITOLO 8 – Norme comuni

Art. 26) Dichiarazioni del Contraente

La Società presta la garanzia e ne determina il premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio. Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

Art. 27) Forma delle comunicazioni – Validità delle variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto alla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, oppure al mandatario scelto dal Contraente e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art. 28) Clausola broker

Il Contraente dichiara, e la Società ne prende atto, di aver affidato la gestione del presente contratto alla Spett.le WILLIS SpA; di conseguenza tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente assicurazione saranno effettuati tempestivamente per conto della Contraente della Polizza Collettiva dallo stesso; parimenti ogni comunicazione fatta dalla Società al Broker si intenderà come fatta al Contraente. In caso di contrasto tra le comunicazioni alla Società fatte dal broker e quelle fatte dal Contraente, prevarranno queste ultime. Costituiscono eccezione a quanto sopra pattuito l'eventuale disdetta alla polizza, che ciascuna delle Parti contraenti è tenuta ad inviare direttamente all'altra Parte nei termini e modalità previsti dal presente contratto.

Art. 29) Variazioni di rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare ogni elemento del rischio. Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla comunicazione fatta dal Contraente. Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione.

Art. 30) Controversie

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La proposta di convocare il Collegio Medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, e deve essere redatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopodiché la Società comunica all'Assicurato il nome del medico che essa a sua volta designa. Il terzo medico viene scelto dalle Parti sopra una terna di medici proposta dai primi; in caso di disaccordo lo designa il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico. Nominato il terzo medico, la Società convoca il Collegio invitando l'Assicurato a presentarsi.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna della Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 31) Rinuncia alla Rivalsa

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

Art. 32) Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato/Aderente.

Art. 33) Foro competente

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione od interpretazione della presente polizza, il Foro competente sarà quello dell'Assicurato.

Art. 34) Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le vigenti norme di Legge.

Art. 35) Altre assicurazioni

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

Art. 36) Comunicazione degli Assicurati da parte del Contraente

La messa in copertura di ciascun Assicurato è realizzata mediante invio, da parte del Contraente alla Società, dei seguenti dati: dati anagrafici dell'Assicurato;

ogni altro dato utile a garantire l'erogazione delle prestazioni prevista dalla copertura assicurativa.

Tale comunicazione avverrà con le modalità e frequenza condivisa tra le Parti, previa fornitura agli interessati dell'informativa messa a disposizione dalla Società.

Art. 37) Gestione dell'Assicurazione

La raccolta dell'adesione alla Polizza Collettiva, la gestione dei contratti, ivi comprese Cancellazioni/Disdette/Recessi, è affidata al Broker incaricato così come il Customer Care e la Gestione sinistri.

Art. 38) Obbligo di comunicazione all'Assicurato

Il broker assicura la disponibilità del Set Informativo contenente le condizioni di Assicurazione sul sito <https://clientportal.willis.it/sanitafrili/>.



ITBBBY05410006001

CP/ib

Polizza Infortuni Nr. ITBBBY05410

Effetto : ORE 24.00 del 15/03/2022
 Scadenza : ORE 24.00 del 30/06/2022
 Producer : WILL0024 / WILLIS ITALIA SPA FIL. MILANO
 Appendice : 006
Contraente : WILLIS ITALIA SPA
 Codice Fiscale : 03902220486
 Domicilio : VIA POLA 9, 20124 MILANO (MI)

Di comune accordo tra le Parti si conviene quanto segue:

- 1) Con effetto dalle ore 24.00 del 15/03/2022, la copertura assicurativa sopra indicata, viene prestata in base alla seguente opzione:

	Morte da Infortunio	Invalità Permanente da Infortunio	Contagio HIV, Epatite B o C	Premio annuo
Opzione A	max. € 50.000,00	max. € 50.000,00	max € 50.000,00	€ 95,00
Opzione B	max. € 200.000,00	max. € 200.000,00	max. € 100.000,00	€ 149,00

- Fermo Il Resto -

Emessa in Milano, il 3 marzo 2022 in originale ad un solo effetto.

Il Contraente

Maximo...
SENA E DIRETTORE

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

Orazio Rossi

Contatti

Chubb European Group SE
Via Fabio Filzi 29 – 20124
Milano

Telefono: 02 27095.1
mail: info.italy@chubb.com
www.chubb.com/it