

Fascicolo Informativo Protezione Utente

CHUBB®

CHUBB Protezione Utenze

Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia
assunto da Chubb European Group Limited
Polizza Collettiva ITBFIB16428

Fascicolo Informativo
Redatto ai sensi Reg. IVASS n° 35/2010
Ultimo aggiornamento: v. 05/2017

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota informativa, comprensiva del Glossario
- Condizioni di assicurazione
- Informazioni sul trattamento dei dati personali

viene consegnato all'Aderente prima dell'adesione alla polizza collettiva (Data di Effetto del Contratto)

Si richiama l'attenzione dell'Aderente sulla necessità di leggere con cura la Nota Informativa prima dell'adesione alla polizza collettiva (Data di Effetto del Contratto).

Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS – Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni – (ex ISVAP), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'Istituto stesso. Il seguente documento ha lo scopo di fornire all'Aderente (persona fisica o giuridica che aderisce al contratto di assicurazione) tutte le informazioni necessarie, preliminari alla conclusione del contratto di assicurazione, ai sensi di quanto previsto dall'art. 185 del D. Lgs. 7/9/2005 n. 209 e dalla normativa vigente della preposta Autorità di Controllo (IVASS). Si richiama l'attenzione dell'Aderente sulla necessità di leggere con cura la Nota informativa e le Condizioni di Assicurazione prima dell'adesione alla polizza collettiva (Data di Effetto del Contratto), con particolare attenzione alle garanzie prestate ed alle esclusioni di polizza. I termini utilizzati nella presente Nota Informativa assumono il significato definito nell'ambito delle Condizioni di Assicurazione.

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, il presente fascicolo informativo riporta in corsivo le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico dell'Aderente, esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, rivalse nonché le informazioni qualificate come "Avvertenza" dal Regolamento IVASS n. 35.

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni generali

La Società Chubb European Group Limited con sede legale a Londra (Gran Bretagna) EC3A 3BP, 100 Leadenhall Street e appartenente al gruppo Chubb Limited, è autorizzata e soggetta alla vigilanza del Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA UK (l'Autorità di Vigilanza dei servizi assicurativi in Gran Bretagna). La presente polizza è conclusa con la Rappresentanza Generale per l'Italia – con sede legale in Milano, Via Fabio Filzi n. 29 – 20124, sito internet <https://www.chubb.com/it>, tel. 02 270951, fax 02 27095333, indirizzo email info.italy@chubb.com. L'attività di Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia sul mercato italiano è regolamentata dall'IVASS che l'ha autorizzata all'esercizio delle assicurazioni in regime di stabilimento, con numero di iscrizione all'albo delle imprese di assicurazione n. I.00043. I sistemi normativi vigenti in altri paesi in cui opera Chubb European Group Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia potrebbero discostarsi del tutto o in parte da quelli esistenti nel Regno Unito.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa*

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

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

B. Informazioni sul contratto

Il presente contratto - è stipulato con durata a tempo indeterminato senza tacito rinnovo, né alcuna durata minima.

Avvertenza

Il presente contratto di assicurazione, emesso con durata a tempo indeterminato, è efficace per periodi di assicurazione ricorrenti definiti in base alla periodicità di pagamento del premio di assicurazione pattuita a partire dalla Data di Effetto del Contratto (adesione alla polizza collettiva), e può essere disdetto dall'Aderente:

- rivolgendosi direttamente alla filiale della Banca presso la quale è stato stipulato il contratto di assicurazione in qualsiasi momento, restando inteso che il contratto di assicurazione rimarrà attivo per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio di assicurazione, oppure
- rivolgendosi al numero verde gratuito dedicato riportato nella sezione CONTATTI, in qualsiasi momento, restando inteso che il contratto di assicurazione rimarrà attivo per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio di assicurazione.

dalla Società:

- almeno 30 (trenta) giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla Data di Effetto del Contratto.

Recesso in caso di Sinistro:

- Dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio, denunciato ai termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le L'Aderente e la Società possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata.

I dettagli delle procedure per la disdetta del contratto sono indicati nell'ARTICOLO 22 – DURATA DEL CONTRATTO. MODALITÀ DI DISDETTA delle Condizioni di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Società, nel rispetto del “Periodo di Franchigia” e del “Periodo di Carenza” e delle Limitazioni ed Esclusioni previsti dal contratto, rimborsa le fatture emesse dal/i Fornitore/i dei servizi relativi alla utenze domestiche definite in polizza, e regolarmente pagate dall’Assicurato mediante domiciliazione diretta sul C/C attivo presso la Banca nei casi di:

- **Inabilità Temporanea Totale al lavoro da Infortunio o Malattia:** garanzia operante soltanto qualora l’Assicurato al momento del Sinistro sia un Lavoratore Autonomo e di età inferiore a 70 anni.
- **Perdita involontaria del Posto di Lavoro:** garanzia operante soltanto qualora l’Assicurato al momento del Sinistro sia un Lavoratore Dipendente privato a tempo indeterminato, con un’anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e non abbia raggiunto l’età pensionabile in base alla normativa vigente al momento del sinistro.
- **Indennità per Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia:** garanzia operante soltanto qualora l’Assicurato al momento del Sinistro sia un NON Lavoratore o lavoratore dipendente pubblico e di età inferiore a 70 anni.

Avvertenza

Sono previste delle esclusioni e delimitazioni delle coperture assicurative ovvero delle condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo al mancato pagamento dell’indennizzo. Per le informazioni di dettaglio si vedano le “Definizioni” riportate nelle Condizioni di Assicurazione e gli articoli:

- ARTICOLO 1 - OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE
- ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI
- ARTICOLO 3 - MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA DELL’ASSICURATO
- ARTICOLO 4 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
- ARTICOLO 5 - ESTENSIONI DI GARANZIA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
- ARTICOLO 6 - PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO
- ARTICOLO 7 - INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA
- ARTICOLO 8 - ESTENSIONI DI GARANZIA PER IL CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA
- ARTICOLO 9 - PREMessa
- ARTICOLO 10 - VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA. DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI
- ARTICOLO 12 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOT. DA INFORTUNIO E MALATTIA E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 11 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA
- ARTICOLO 13 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO
- ARTICOLO 14 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 15 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA
- ARTICOLO 16 - PERSONE NON ASSICURABILI PER IL CASO DI INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 17 - “PERIODO DI CARENZA” E “PERIODO DI FRANCHIGIA”
- ARTICOLO 19 - PAGAMENTO DEL PREMIO DI ASSICURAZIONE
- ARTICOLO 20 - DATA DI EFFETTO DEL CONTRATTO
- ARTICOLO 24 - RISOLUZIONE PER INADEMPIMENTO
- ARTICOLO 25 - ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

Avvertenza

Si richiama l’attenzione dell’Aderente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, l’Impresa di Assicurazione può applicare franchigie, scoperti (limitazioni della prestazione assicurata che fanno gravare parte del danno sull’Assicurato) e massimali (importo massimo liquidabile dall’Impresa di Assicurazione a titolo di risarcimento del danno). Per le informazioni di dettaglio si veda la TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI e gli articoli:

- ARTICOLO 4 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
- ARTICOLO 6 - PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO
- ARTICOLO 7 - INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA
- ARTICOLO 17 - “PERIODO DI CARENZA” E “PERIODO DI FRANCHIGIA”

Esempio di funzionamento di SCOPERTO: Danno: 1.000 € - Scoperto: 10% con minimo 150 € → Risarcimento: 1.000 € - 150 € (il 10% di 1.000 €, pari a 100 €, è inferiore a minimo previsto) = 850 €

Esempio di funzionamento di MASSIMALE: Massimale: 10.000 € - Danno: 15.000 € → Risarcimento: 10.000 € (pari alla somma massima prevista)

Esempio di funzionamento di FRANCHIGIA: Danno: 1.000 € - Franchigia: 10% → Risarcimento: 1.000 € - 100 € (pari al 10% di 1.000 €,) = 900 €

Avvertenza

Possono essere assicurati coloro che, al momento dell’attivazione della copertura assicurativa, abbiano un età compresa tra i 18 anni ed i 70 anni compiuti Per le informazioni di dettaglio si rimanda agli articoli:

- ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI

- ARTICOLO 12 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOT. DA INFORTUNIO E MALATTIA E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 14 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 16 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA E LIMITI DI ETÀ

4. Periodi di carenza contrattuale

Si richiama l'attenzione dell'Aderente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, l'Impresa di Assicurazione può eventualmente applicare un periodo di carenza contrattuale (periodo di tempo limitato in cui le prestazioni assicurate non sono operative). Tutte le informazioni di dettaglio su tali limitazioni sono contenute negli articoli:

- ARTICOLO 4 - INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO DA INFORTUNIO O MALATTIA
- ARTICOLO 6 - PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO
- ARTICOLO 7 - INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA
- ARTICOLO 17 - "PERIODO DI CARENZA" E "PERIODO DI FRANCHIGIA"

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario - Nullità

Avvertenza

Eventuali dichiarazioni false o reticenti rese dall'Aderente, possono comportare effetti sulle prestazioni assicurate. Nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte - di cui al Regolamento ISVAP n° 5/2006 - l'Impresa di Assicurazione raccoglie per il tramite della Banca dichiarazioni dell'Aderente in ordine alle circostanze del rischio. Per gli aspetti di dettaglio, consultare l'ARTICOLO 10 - VALUTAZIONE DI ADEGUATEZZA. DICHIARAZIONI FALSE O RETICENTI delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Si richiama l'attenzione dell'Aderente sul fatto che la normativa vigente prevede delle cause di nullità del Contratto di Assicurazione (ad esempio: cessazione del rischio, inesistenza del rischio) e che sono previste delle cause di annullamento o sospensione del Contratto (come ad esempio il mancato pagamento del premio) come previsto della normativa vigente. Per gli aspetti di dettaglio sulle condizioni che possono determinare l'annullamento o la sospensione del contratto si rinvia agli articoli del CAPITOLO 4 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DI CARATTERE GENERALE delle Condizioni di Assicurazione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Impresa di Assicurazione non richiede all'Aderente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio: variazioni della professione. Resta precisato che se nel corso del contratto, dovessero verificarsi condizioni come ad esempio, alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, sieropositività HIV o sindrome collegate, schizofrenia, psicosi in genere o da infermità mentali, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. Tutte le informazioni in merito a cause di aggravamento del rischio sono indicate negli articoli:

- ARTICOLO 2 - PERSONE ASSICURABILI
- ARTICOLO 12 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 14 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 16 - PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI PER IL CASO DI INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA E LIMITI DI ETÀ

7. Premi

Il premio di assicurazione è pagato all'Impresa di Assicurazione mediante addebito automatico su una Carta di Credito della quale l'Aderente è Titolare o domiciliazione diretta su un conto corrente bancario (RID) a lui intestato presso la Banca; ed è pari ad una Unità di premio (cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa, comprensivo di tasse ed imposte) o a un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla frequenza di pagamento scelta (mensile, trimestrale, semestrale o annuale) e al Piano prescelto dall'Aderente al momento della sottoscrizione del Contratto.

La Società si riserva, qualora venga meno la possibilità di effettuare l'addebito sulla carta di credito inizialmente prevista, in assenza di una volontà espressa dell'Aderente di recedere dal contratto, di attivare automaticamente l'addebito diretto in conto qualora tale informazione possa essere legittimamente trattata dall'Impresa stessa. Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per l'Aderente di comunicare alla Società, anche per il tramite della Banca, le modifiche da apportare per il corretto addebito del premio di assicurazione. Resta inteso che gli importi di premio successivi a quello di sottoscrizione, vengono contabilizzati anticipatamente rispetto all'effetto della mensilità di copertura in base alla frequenza di pagamento scelta. **Il mancato pagamento del premio determina l'applicazione dell'Art. 1901 C.C. mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.** Tutte le informazioni relative all'importo corrispondente al premio di assicurazione, così come le procedure per il pagamento, sono riportate negli articoli delle Condizioni di Assicurazione:

- ARTICOLO 18 - DETERMINAZIONE DEL PREMIO DI ASSICURAZIONE
- ARTICOLO 19 - PAGAMENTO DEL PREMIO DI ASSICURAZIONE

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

Avvertenza

L'Impresa di Assicurazione prevede l'applicazione di sconti di premio nell'ambito di specifiche iniziative concordate con la Banca e riservate a categorie specifiche di soggetti (es. Dipendenti/Soci).

8. Rivalse

In deroga all'Art. 1916 del Codice Civile, l'Impresa di Assicurazione rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalersi verso i terzi responsabili dell'infortunio.

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio non sono soggette ad adeguamento.

10. Diritto di recesso

E' prevista la possibilità per l'Aderente di avvalersi del diritto di recesso entro e non oltre 14 (quattordici) giorni dalla data di effetto del contratto riportata sul Certificato di Adesione. L'esercizio del diritto di recesso comporta la restituzione del premio di polizza eventualmente già corrisposto alla Società. Per le informazioni di dettaglio, e le modalità di esercizio si rimanda all'ARTICOLO 23 - DIRITTO DI RECESSO delle Condizioni di Assicurazione.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

12. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto di assicurazione è quella italiana.

13. Regime fiscale

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello vigente nello Stato italiano. Sulla base della legislazione in vigore alla data di edizione del presente fascicolo informativo:

- gli oneri fiscali relativi al contratto di assicurazione sono a carico dell'Aderente.
- i premi delle garanzie prestate dal contratto di assicurazione sono soggetti all'imposta sulle assicurazioni nella misura sotto riportata
- gli indennizzi corrisposti in caso di sinistro sono esenti da imposte sui redditi o da altre imposte indirette.

Garanzia	Aliquota
Infortuni e Malattia	2,5%
Tutele Legale	21,25%

14. Lingua italiana

Il Fascicolo informativo, così come ogni documento ad esso allegato e le successive comunicazioni, sono redatti in lingua italiana. Eventuali altre lingue devono essere specificamente concordate tra le Parti.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

15. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo

In caso di sinistro, l'Assicurato o un suo rappresentante, deve inoltrare la denuncia all'Impresa di Assicurazione secondo le modalità indicate negli articoli di riferimento del Capitolo 7 - DENUNCIA DI SINISTRO delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza

Il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa. 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 - se necessario - dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato. All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società: in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima. L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003, come indicato nell'ARTICOLO 25 - ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO. In caso di sinistro indennizzabile nei termini della presente polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante deve inoltrare la denuncia alla Società, - per il tramite del numero verde dedicato riportato nella sezione CONTATTI -, entro 15 (quindici) giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora dell'evento. Per gli Aspetti di dettaglio consultare:

- ARTICOLO 25 - ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO
- ARTICOLO 26 - DENUNCIA DI SINISTRO INFORTUNI O ASSISTENZA

- ARTICOLO 27 - DENUNCIA DEL SINISTRO IN CASO DI IRIM
- ARTICOLO 28 - DENUNCIA DEL SINISTRO IN CASO DI PPL
- ARTICOLO 29 - DENUNCIA DEL SINISTRO IN CASO DI ITT

Avvertenza

Per le prestazioni di assistenza e la gestione delle garanzie di tutela legale, se previste dal contratto, l'Impresa di Assicurazione si avvale della Struttura Organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia Via Bernardino Alimena 111 – 00173 Roma- Cod. Fisc. 03420940151 – P.IVA 04673941003, quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge.

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa di Assicurazione, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group Limited - Ufficio Reclami, Via Fabio Filzi n.29 – 20124 - Milano - Fax 02.27095.430 – e-mail: ufficio.reclami@chubb.com. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso da parte della Società, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di Assicurazione e chiedono l'attivazione della procedura FIN-NET. 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 all'obbligatorietà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. I reclami potranno essere indirizzati anche al Financial Ombudsman Service (FOS) di cui Chubb è membro, ai seguenti recapiti: FOS, South Quay, 183 Marsh Wall, London, E14 9SR, Tel. 0044.845.080.1800, e-mail: enquiries@financial-ombudsman.org.uk sistema estero competente nell'ambito della procedura FIN-NET per la ricezione di reclami concernenti impresa di assicurazione di diritto inglese.

Avvertenza

Si ricorda che la Legge 9 agosto 2013, n. 98 che ha convertito il relativo D.L. n.69/2013 ha reso obbligatoria la "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali" a partire dal 20 settembre 2013. Da tale data è prevista la necessità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia con l'assistenza obbligatoria di un avvocato. Nel caso in cui l'Aderente o l'Assicurato intendano esperire azione legale, dovranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di Chubb European Group Limited.

17. Arbitrato

L'Impresa di Assicurazione si impegna a porre in essere, su richiesta scritta dell'Aderente o Assicurato, procedure per giungere ad una soluzione extragiudiziale di qualsivoglia controversia tra le parti derivante dal contratto di assicurazione regolato dalle presenti Condizioni di assicurazione.

Avvertenza

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

Chubb European Group Limited è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa. Chubb European Group Limited renderà noti eventuali aggiornamenti dei contenuti della presente Nota Informativa non dipendenti da interventi normativi, mediante pubblicazione sul sito della Società <https://www.chubb.com/it>.

Chubb European Group Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Legale

Orazio Rossi



Glossario

Il seguente elenco riporta ed esplica i termini di uso più comune, in generale, in ambito assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione delle Condizioni di Assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le definizioni ivi contenute. Pertanto, si rimanda al CAPITOLO – DEFINIZIONI delle Condizioni di Assicurazioni, per una corretta comprensione dei termini utilizzati nelle stesse.

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

Arbitrato: procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie. È normalmente prevista dai contratti di assicurazione per le controversie che possono sorgere fra assicurato e assicuratore.

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

Assicuratore: l'Impresa di assicurazione.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Certificato di assicurazione: il documento, rilasciato dall'assicuratore, che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione.

Condizioni Generali di Assicurazione: le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.

Condizioni particolari: l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

Consumatore: qualsiasi persona fisica che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente: il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio.

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

Data di effetto del contratto: data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

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

Dati personali: qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.

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

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

Dichiarazioni precontrattuali: informazioni relative al rischio fornite dal contraente prima della stipulazione del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del rischio: qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

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

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

Estensione territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

Fascicolo informativo: è il documento che l'impresa di assicurazione è tenuta a consegnare al contraente prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, le Condizioni Generali di Assicurazione e il relativo certificato.

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

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

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

Imposta sulle assicurazioni: imposta che si applica ai premi versati dai contraenti. Essa varia dal 2,5% (polizze infortuni e malattia), sino al 22,25% (polizze incendio e furto). Tale imposta non si applica ai contratti di assicurazione sulla vita.

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

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

Indennità o Indennizzo: è la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.

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

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

ISVAP: l'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo dal 1° gennaio 2013 sostituito dall'IVASS.

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

Margine di solvibilità disponibile: misura il patrimonio disponibile dell'impresa di assicurazioni al netto di quella parte che, per legge, deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati.

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

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

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

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

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

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

Polizza di assicurazione: è il contratto di assicurazione stipulato dal contraente: in esso sono contenute tutte le condizioni contrattuali, sia quelle generali sia quelle particolari.

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

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

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

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

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

Questionario anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'impresa di assicurazione può chiedere al contraente di compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute 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.

Quietanza: ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

Registro dei reclami: è il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate e tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

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

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

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

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

Sinistro: è il verificarsi dell'evento coperto dall'assicurazione.

Somma assicurata: è l'importo in relazione al quale l'impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

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

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

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

Terzo danneggiato: nelle assicurazioni di responsabilità civile, è la vittima del fatto illecito il cui risarcimento, nei limiti del massimale, viene garantito dall'assicuratore.

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

Valore assicurabile: è il massimo valore al quale un bene può essere oggetto di assicurazione. È il valore in rapporto al quale si pone il valore assicurato per esprimere il giudizio di "sopra" o "sotto" assicurazione.

Valore assicurato: rappresenta il valore rispetto al quale il bene è assicurato.

Condizioni di assicurazione

Capitolo 1 - Definizioni

Di seguito riportiamo le definizioni di alcuni termini utilizzati in queste Condizioni di Assicurazione

Aderente: il Cliente della Banca (persona fisica maggiorenne e residente in Italia) al quale è intestato il Certificato di Adesione e che paga il relativo premio.

Adesione: l'adesione alla Polizza Collettiva stipulata tra la Banca e la Società da parte dell'Aderente.

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

Banca: "Gruppo Bancario Banca Popolare di Bari" iscritto all'Albo dei Gruppi il 25 novembre 1998 al n. 5424.7. Sede Sociale in Bari, al Corso Cavour n. 19. Codice Fiscale e Numero di Iscrizione del Registro delle Imprese di Bari n. 00254030729, contraente della Polizza Collettiva.

Beneficiario: coincide con l'Assicurato.

Certificato di Adesione: il documento emesso dalla Società ed intestato all'Aderente, che prova l'adesione alla polizza collettiva e che fa parte integrante del presente Fascicolo informativo.

Cliente: la persona fisica identificabile dal codice fiscale che acquista il servizio per proprio uso finale.

Codice Cliente: il codice riportato in fattura che stabilisce univocamente il titolare delle bollette.

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

Contraente (della Polizza Collettiva): vedi "Banca".

Contratto di Assicurazione: il contratto di assicurazione al quale ha aderito l'Aderente, disciplinato da queste Condizioni di Assicurazione.

Data di attivazione: data di inizio della fornitura dei servizi relativi alle Utenze Domestiche comunicata al cliente con la lettera di benvenuto, e successiva alla data di sottoscrizione della Richiesta di fornitura.

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

Data di Inizio della Copertura: la data e l'ora a partire dalle quali la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate. La data e l'ora sono riportate sul Certificato di Assicurazione.

Diritto di recesso: diritto dell'Aderente di recedere dal contratto di assicurazione, nei 14 (quattordici) giorni successivi alla Data di Effetto del Contratto.

Disoccupazione: la posizione lavorativa in cui viene a trovarsi un Lavoratore Dipendente, che:

- abbia cessato la sua normale attività lavorativa e non sia impegnato nello svolgimento di qualsiasi altra occupazione di durata uguale o superiore alle 16 ore settimanali che generi un reddito o un guadagno; e
- sia iscritto negli elenchi anagrafici pubblici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali e non rifiuti irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Domicilio: il luogo, nel Paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico, purchè situato in Italia (compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino).

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relativi alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati nei relativi articoli delle condizioni di assicurazione.

Fascicolo informativo: il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa, del quale è da considerarsi parte integrante il relativo Certificato di adesione, composto da:

1. Nota informativa, comprensiva del glossario
2. Condizioni di Assicurazione.

Frequenza di pagamento: la frequenza con la quale l'Aderente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile: quest'ultima è definita Unità di Premio.

Frequenza di pagamento: la frequenza con la quale l'Aderente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile: quest'ultima è definita Unità di Premio.

Giorno di degenza: la permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, restando inteso che il giorno di dimissioni dall'istituto di cura non è inteso come giorno di degenza.

Inabilità Temporanea Totale (ITT): la perdita temporanea ed in misura totale della capacità ad attendere alla propria normale attività lavorativa.

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

Indennità per Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia (IRIM): la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro indennizzabile in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia.

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

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

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

Lavoratore autonomo: la persona fisica che, al momento della Data di Effetto della Copertura e durante la vigenza del contratto, eserciti un'attività lavorativa regolare, non percepisca, ai fini IRPEF, un reddito da lavoro dipendente (così come indicato nella definizione di Lavoratore 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. Ai sensi della presente polizza sono altresì considerati autonomi i lavoratori che percepiscono un reddito a fronte di contratti a progetto sia alle dipendenze di Aziende o Enti di diritto privato sia alle dipendenze di una Pubblica Amministrazione.

Lavoratore dipendente privato: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri soggetti privati in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato di diritto Italiano che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali e che risulti assunta da almeno sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana).

Lavoratore dipendente pubblico: la persona fisica che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri soggetti pubblici in base ad un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato di diritto Italiano che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali e che risulti assunta da almeno sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro. Non sono considerati Lavoratori Dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana).

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppur improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

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

Non Lavoratore: la persona fisica che non sia Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente (pubblico o privato). Ai sensi del presente contratto è altresì considerato Non Lavoratore il pensionato, il lavoratore Dipendente a tempo determinato, con contratto di inserimento (ex contratti di formazione lavoro), con contratto di apprendistato, con contratto di lavoro intermittente (a chiamata), con contratto di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinale), con contratto di lavoro accessorio o occasionale, o il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla legge italiana).

Normale attività lavorativa: l'attività retribuita o comunque produttiva di reddito svolta dall'Assicurato con carattere di abitualità e prevalenza.

Perdita involontaria del Posto di Lavoro (PPL): la perdita da parte della persona fisica dello stato di Lavoratore Dipendente Privato a seguito di "giustificato motivo oggettivo", indipendentemente quindi dalla volontà o dalla colpa dell'Assicurato, che generi lo stato di Disoccupazione.

Periodo di carenza: periodo di tempo durante il quale la garanzia non è operante.

Polizza Collettiva: Il contratto stipulato dalla Banca con la Società in nome e per conto dei propri Clienti.

Premio di assicurazione o Premio: importo dovuto dall'Aderente alla Società e pari all'Unità di Premio (cioè un importo corrispondente ad un mese di copertura), o ad un multiplo di essa (3, 6 o 12, in base alla frequenza di pagamento scelta dall'Aderente).

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

Pubblica Amministrazione: per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi ed associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n°300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Ricorrenza annuale: ogni anniversario di polizza, calcolato in 12 (dodici) mesi dalla Data di Effetto del Contratto.

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato nell'istituto di cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento, restando inteso che il giorno di dimissioni dall'istituto di cura non è inteso come giorno di ricovero.

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato.

Società: L'Impresa di Assicurazione Chubb European Group Limited.

Unico sinistro: il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati.

Unità di premio: importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa, comprensivo di tasse e imposte governative.

Vita privata: ambito di vita extra-professionale dell'Assicurato.

Utenza Domestica: contratto di fornitura dei servizi di: Luce; Gas; Acqua; Telefono; Dati (internet); Pay TV destinati ad un domicilio identificato e regolato da un accordo fra le parti.

Capitolo 2 – Oggetto dell'assicurazione

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è operante per i seguenti eventi che colpiscono l'Assicurato:

- a) Perdita involontaria del Posto di Lavoro** (di seguito **PPL**) - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato al momento del Sinistro sia un Lavoratore Dipendente privato a tempo indeterminato, con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro e non abbia raggiunto l'età pensionabile in base alla normativa vigente al momento del sinistro.
- b) Inabilità Temporanea Totale** al lavoro da Infortunio o Malattia (di seguito **ITT**) - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato al momento del Sinistro sia un Lavoratore Autonomo e di età inferiore a 70 anni.
- c) Indennità per Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia** (di seguito **IRIM**) - garanzia operante soltanto qualora l'Assicurato al momento del Sinistro sia un NON Lavoratore o lavoratore dipendente pubblico e di età inferiore a 70 anni.

Conseguentemente:

- La Copertura relativa alla PPL, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori Autonomi, Dipendenti Pubblici o Non Lavoratori.
- la copertura relativa all'ITT, non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano Lavoratori dipendenti (privati o pubblici) o Non Lavoratori.
- La copertura IRIM non è disponibile per gli Assicurati che, al momento del verificarsi del Sinistro, siano lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti privati a tempo indeterminato.

Articolo 2 - Persone assicurabili

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

1. abbia un'età compresa tra i 18 anni ed i 70 anni compiuti;
2. sia residente in Italia;
3. abbia sottoscritto, personalmente, un contratto di fornitura esclusivamente per le Utenze Domestiche definite in polizza presso un domicilio identificato, le cui fatture siano pagate tramite domiciliazione diretta su il C/C attivo presso la Banca

Non hanno diritto ad alcun indennizzo le persone che non sono in possesso dei sopraindicati requisiti al momento del sinistro.

Per una corretta ed esaustiva conoscenza delle persone assicurabili in base alla tipologia di lavoratore definite in polizza, si rimanda agli articoli di dettaglio:

- ARTICOLO 12 – PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 14 – PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO PERDITA INVOLONTARIA DEL POSTO DI LAVORO E LIMITI DI ETÀ
- ARTICOLO 16 – PERSONE ASSICURABILI PER IL CASO DI INDENNITÀ PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA E LIMITI DI ETÀ

Articolo 3 – Modifica della posizione lavorativa dell'assicurato

La posizione lavorativa dell'Assicurato potrà cambiare durante il periodo di validità dell'Assicurazione; in questo caso l'Assicurazione sarà automaticamente modificata, nel senso che, dal momento della modifica, sarà attivata un'Assicurazione corrispondente alla nuova condizione occupazionale dell'Assicurato (Lavoratore Autonomo o Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato o Non Lavoratore) ed in caso di Sinistro le garanzie operanti saranno quelle corrispondenti alla posizione lavorativa dell'Assicurato al momento del Sinistro medesimo con le seguenti limitazioni:

1. L'Assicurato che sia Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore e, in pendenza dell'Assicurazione, diventi Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato, ha diritto all'Indennizzo per la Perdita del Posto di Lavoro solo se questa si è verificata dopo che l'Assicurato abbia superato il periodo di prova e sia trascorso un periodo di 6 (sei) mesi consecutivi dal momento in cui egli è diventato Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato.
2. L'Assicurato che sia Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato o Non Lavoratore e, in pendenza della Copertura, diventi Lavoratore Autonomo, ha diritto all'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale solo se il Sinistro si è verificato dopo che sia trascorso un periodo di 30 (trenta) giorni consecutivi dal momento in cui l'Assicurato ha iniziato la propria Normale Attività Lavorativa come Lavoratore Autonomo (data di attribuzione del numero di Partita Iva).

Capitolo 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Tabella delle garanzie e degli indennizzi

	PIANO A - Silver	PIANO B - Gold
Per i lavoratori dipendenti privati		
Perdita involontaria del posto di lavoro	100 €/mese (per max. 6 mesi)	200 €/mese (per max. 6 mesi)
Per lavoratori autonomi		
inabilità temporanea totale da infortunio e malattia	100 €/mese (per max. 6 mesi)	200 €/mese (per max. 6 mesi)
Per i lavoratori dipendenti pubblici e/o i non lavoratori		
Ricovero ospedaliero	100 €/mese (per max. 6 mesi)	200 €/mese (per max. 6 mesi)

Inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (ITT)

Articolo 4 – Inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia

L'assicurazione è operante qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia si trovi nella completa impossibilità fisica di esercitare la sua Normale Attività Lavorativa. La Società, nel rispetto del "Periodo di Franchigia", del "Periodo di Carenza" (ARTICOLO 17 – "PERIODO DI CARENZA" E "PERIODO DI FRANCHIGIA") e delle limitazioni ed esclusioni previsti per la copertura di cui al presente Sezione, rimborsa le fatture emesse dal/i Fornitore/i dei servizi relativi alla utenze domestiche definite in polizza, e regolarmente pagate dall'Assicurato mediante domiciliazione diretta sul C/C attivo presso la Banca, la cui data di scadenza sia compresa nel periodo di inabilità temporanea totale al lavoro eccedente quello di franchigia, e comunque per un massimo di 6 (sei) mesi a partire dal 31° giorno successivo quello della data di inizio del periodo di inabilità indicata nel certificato medico.

Articolo 5 – Estensioni di garanzia per il caso di inabilità temporanea totale al lavoro da infortunio o malattia

Sono compresi tra gli infortuni:

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

Inoltre, l'assicurazione è estesa anche a:

- 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;
- infortuni derivanti da movimenti tellurici;
- infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati come passeggero su aerei 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.
- Sono inoltre inclusi gli infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggiava l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.
- infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie menzionate nell'ARTICOLO 11 – ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO E MALATTIA.

Perdita involontaria del posto di lavoro (PPL)

Articolo 6 – Perdita involontaria del posto di lavoro

L'Assicurazione è operante nel caso di perdita involontaria del posto di lavoro a seguito di licenziamento per giustificato motivo oggettivo. La Società, nel rispetto del "Periodo di Franchigia", del "Periodo di Carenza" (ARTICOLO 17 – "PERIODO DI CARENZA" E "PERIODO DI FRANCHIGIA") e delle limitazioni ed esclusioni previsti per la copertura di cui al presente Sezione, rimborsa le fatture emesse dal/i Fornitore/i dei servizi relativi alla utenze domestiche definite in polizza, e regolarmente pagate dall'Assicurato mediante domiciliazione diretta sul C/C attivo presso la Banca, la cui data di scadenza sia compresa nel periodo di disoccupazione successivo quello di franchigia, e comunque per un massimo di 6 (sei) mesi a partire dal 31° giorno successivo quello di inizio del periodo di disoccupazione (primo giorno di inattività lavorativa desunto dalla lettera di licenziamento o da una comunicazione ufficiale equivalente allo scopo).

Indennità per ricovero a seguito di infortunio o malattia (IRIM)

Articolo 7 - Indennità per ricovero da infortunio e malattia

La Società, nel rispetto del "Periodo di Franchigia", del "Periodo di Carenza" (ARTICOLO 17 – "PERIODO DI CARENZA" E "PERIODO DI FRANCHIGIA") e delle limitazioni ed esclusioni previsti per la copertura di cui al presente Sezione, rimborsa le fatture emesse dal/i Fornitore/i dei servizi relativi alla utenze domestiche definite in polizza, e regolarmente pagate dall'Assicurato mediante domiciliazione diretta sul C/C attivo presso la Banca, la cui data di scadenza sia compresa nel periodo di Ricovero per Infortunio e Malattia eccedente quello di franchigia, e comunque per un massimo di 6 (Sei) mesi a partire dal 5° giorno successivo quello della data di ricovero indicata nel certificato medico

Articolo 8 – Estensioni di garanzia per il caso di ricovero da infortunio e malattia

Sono **compresi** tra gli infortuni:

- l'asfissia meccanica (quale ad esempio l'annegamento);
- l'assideramento o congelamento;

- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni muscolari o tendinee determinate da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Inoltre, l'assicurazione è estesa anche a:

- 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;
- infortuni derivanti da movimenti tellurici;
- infortuni subiti durante viaggi aerei effettuati come passeggero su aerei 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.
- Sono inoltre inclusi gli infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;
- infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggiava l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.
- infortuni derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie menzionate nell'ARTICOLO 15 – ESCLUSIONI SPECIFICHE PER IL CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA.

Capitolo 4 - Delimitazioni ed esclusioni di carattere generale

Articolo 9 - Premessa

Le indennità sono riconosciute per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute. La Società non richiede all'Aderente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio la variazioni della professione, fatto salvo quanto riportato nell' ARTICOLO 3 – MODIFICA DELLA POSIZIONE LAVORATIVA DELL'ASSICURATO.

Resta inteso che non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegata. Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Aderente - ove richiesto - la parte di premio non goduta, con esclusione delle imposte governative.

Articolo 10 - Valutazione di adeguatezza. Dichiarazioni false o reticenti

Nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte - di cui al Regolamento ISVAP n° 5/2006 - l'Impresa di Assicurazione raccoglie per il tramite della Banca dichiarazioni dell'Aderente in ordine alle circostanze del rischio attraverso la sottoscrizione del "Questionario di adeguatezza della copertura assicurativa".

Articolo 11 – Esclusioni specifiche per il caso di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di ITT se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Dipendente o Non Lavoratore. Sono esclusi dall'Assicurazione, per la garanzia ITT:

1. gli Infortuni causati:

- da eventi accaduti anteriormente alla data di Effetto della Copertura e loro seguiti e conseguenze;
- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso di aeromobili, salvo gli Infortuni subiti durante i viaggi aerei effettuati in qualità di passeggero, su veicoli ed elicotteri in servizio pubblico. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclub;
- dalla pratica di sport aerei e pericolosi in genere;
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
- da guerre, internazionali o civili, lotta armata e insurrezioni;
- da esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

2. le Malattie:

- preesistenti alla Data di Effetto della Copertura;
- derivanti da intossicazioni causate da abuso di alcolici, uso di allucinogeni; uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti dalla sindrome di immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad essa collegate;
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

3. Il parto, la gravidanza, l'aborto spontaneo o procurato, o complicazioni derivanti da tali eventi;

4. *Atti volontari di autolesionismo dell'Assicurato o avvenuti quando questo si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da esso stesso procurato;*
5. *le fatture non pagate dall'Assicurato al momento della richiesta del rimborso.*

Articolo 12 – Persone assicurabili per il caso di inabilità temporanea totale da infortunio e malattia e limiti di età

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

1. *abbia un'età compresa tra i 18 anni ed i 70 anni compiuti;*
2. *sia residente in Italia;*
3. *abbia sottoscritto, personalmente un contratto di fornitura esclusivamente per i Servizi relativi alle Utenze domestiche definite in polizza, presso un domicilio identificato;*
4. *sia lavoratore autonomo da almeno un mese;*
5. *al decorrere della copertura assicurativa goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato.*

Non hanno diritto ad alcun indennizzo le persone che non sono in possesso dei sopraindicati requisiti al momento del sinistro.

Articolo 13 – Esclusioni specifiche per il caso perdita involontaria del posto di lavoro

Nessun Indennizzo è dovuto dalla Società per il caso di PPL se, al momento del Sinistro, l'Assicurato è Lavoratore Autonomo o Non Lavoratore. Nessun Indennizzo verrà inoltre, corrisposto dalla Società per il caso di PPL se:

1. *l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato in modo continuativo per i 6 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il Sinistro. Tuttavia, al fine di questa clausola, eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 (due) settimane non interrompono il periodo di continuità del rapporto di lavoro;*
2. *alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima PPL, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;*
3. *la Disoccupazione sia conseguenza di licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo, licenziamento disciplinare o sia conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni;*
4. *la Disoccupazione sia conseguenza di pensionamento o prepensionamento;*
5. *l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;*
6. *la Disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o se la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio contratto di inserimento (ex contratto di formazione lavoro); di apprendistato; di somministrazione lavoro (ex lavoratori interinali); di lavoro intermittente.) o dell'interruzione di un rapporto di "lavoro a progetto";*
7. *al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana; o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla legge italiana;*
8. *l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità (casi per cui l'Assicurazione è operante);*
9. *la Disoccupazione è conseguenza di uno degli eventi o cause che costituiscono esclusioni dall'Indennizzo in caso di ITP e ITT;*
10. *l'Assicurato, al momento dell'evento, era in periodo di prova;*
11. *la Disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporta;*
12. *l'Assicurato è in Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria, Edilizia o in Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria;*
13. *il licenziamento avviene tra congiunti, anche ascendenti e discendenti;*
14. *licenziamento a seguito del raggiungimento dell'età richiesta per il diritto a "pensione di vecchiaia";*
15. *risoluzione del rapporto di lavoro, anche consensuali, avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;*
16. *durante il periodo di messa in Mobilità l'Assicurato matura il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o vecchiaia;*
17. *l'Assicurato non ha pagato le fatture per le quali richiede il rimborso.*

Articolo 14 – Persone assicurabili per il caso perdita involontaria del posto di lavoro e limiti di età

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

1. *abbia un'età compresa tra i 18 anni e l'età pensionabile (così come previsto dalla normativa vigente al momento del sinistro);*
2. *sia residente in Italia;*
3. *abbia sottoscritto, personalmente un contratto di fornitura esclusivamente per i Servizi relativi alle Utenze domestiche definite in polizza, presso un domicilio identificato;*
4. *svolga la normale Attività Lavorativa da almeno 6 (sei) mesi come Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato.*

Non hanno diritto ad alcun indennizzo le persone che non sono in possesso dei sopraindicati requisiti al momento del sinistro.

Articolo 15 – Esclusioni specifiche per il caso di indennità per ricovero da infortunio o malattia

Sono **esclusi** dalla presente assicurazione gli infortuni e, laddove previsto dalle condizioni di assicurazione, le malattie:

1. derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dall' **ARTICOLO 8 – ESTENSIONI DI GARANZIA PER IL CASO DI RICOVERO DA INFORTUNIO E MALATTIA**
2. subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
3. subiti durante lo svolgimento di attività professionali che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
4. 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.);
5. derivanti da autolesionismo; suicidio tentato o consumato; delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; atti temerari, restando comunque coperti in garanzia gli infortuni conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
6. derivanti da sindrome da immunodeficienza acquisita;
7. derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti, allucinogeni;
8. derivanti da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi veicolo e/o natante;
9. derivanti dalla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
10. derivanti dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial, free climbing, canoa fluviale, rafting, canyoning, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (bob) motoslitta, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme), pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano;
11. derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
12. derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
13. derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
14. derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquee;
15. derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.
16. Sono inoltre **esclusi** dalla presente assicurazione:
17. i ricoveri per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici, per applicazioni di carattere estetico non determinati da sinistro indennizzabile;
18. i ricoveri, quando siano resi necessari esclusivamente da misure di carattere assistenziale;
19. i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, di riposo, di convalescenza o in istituti di cura che non rispondano alle caratteristiche di cui alla definizione di istituto di cura;
20. i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da sinistro indennizzabile;
21. i ricoveri correlati a: gravidanza, parto, puerperio, aborto volontario non terapeutico;
22. le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
23. le operazioni chirurgiche, gli accertamenti o le cure mediche non resi necessari da infortunio o malattia;
24. eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
25. il pronto soccorso non seguito da ricovero.

Articolo 16 – Persone assicurabili per il caso di indennità per ricovero da infortunio o malattia e limiti di età

È assicurabile ciascuna persona fisica che risponda a tutti i seguenti requisiti:

1. abbia un'età compresa tra i 18 anni ed i 70 anni compiuti;
2. sia residente in Italia;
3. abbia sottoscritto, personalmente un contratto di fornitura esclusivamente per i Servizi relativi alle Utenze domestiche definite in polizza, presso un domicilio identificato;
4. sia un "NON LAVORATORE" così come definito nelle **DEFINIZIONI** di cui al **CAPITOLO 1**;
5. al decorrere della copertura assicurativa goda di buona salute, e cioè non sia affetta da Malattie o lesioni gravi che necessitano di trattamento medico regolare e continuato.

Non hanno diritto ad alcun indennizzo le persone che non sono in possesso dei sopraindicati requisiti al momento del sinistro.

Articolo 17 – “Periodo di carenza” e “Periodo di franchigia”

Prestazione	Periodo di carenza e/o Periodo di franchigia	Giorni
Perdita involontaria del posto di lavoro (per Lavoratori Dipendenti privati a tempo indeterminato, con un'anzianità minima di sei mesi ininterrotti presso lo stesso datore di lavoro che non	Periodo di Carenza: la garanzia è soggetta ad un periodo di carenza che ha inizio dalla Data di Effetto del Contratto e termina decorso l'intervallo di giorni riportato nella sezione a destra. La copertura assicurativa non è pertanto efficace nel caso in cui la data del sinistro sia compresa in tale periodo.	90 (novanta) giorni

abbia raggiunto l'età pensionabile in base alla normativa vigente al momento del sinistro)	Periodo di Franchigia: la garanzia è soggetta ad un periodo di franchigia assoluta che ha inizio dal primo giorno di inattività lavorativa (desunto dalla lettera di licenziamento o da una comunicazione ufficiale equivalente allo scopo).	30 (trenta) giorni
Inabilità temporanea totale da infortunio e malattia (per Lavoratori Autonomi di età inferiore ai 70 anni compiuti)	Periodo di Carenza: per il solo caso di malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di carenza che ha inizio dalla Data di Effetto del Contratto e termina decorso l'intervallo di giorni riportato nella sezione a destra. La copertura assicurativa non è pertanto efficace nel caso in cui la data del sinistro sia compresa in tale periodo.	90 (novanta) giorni
	Periodo di Franchigia: la garanzia è soggetta ad un periodo di franchigia assoluta che ha inizio dal 1° giorno di inabilità totale al lavoro come risultante dal certificato medico.	30 (trenta) giorni
Indennità per ricovero da infortunio o malattia (per NON Lavoratori e/o lavoratori dipendenti pubblici e di età inferiore ai 70 anni compiuti)	Periodo di Carenza: per il solo caso di malattia, la garanzia è soggetta ad un periodo di carenza che ha inizio dalla Data di Effetto del Contratto e termina decorso l'intervallo di giorni riportato nella sezione a destra. La copertura assicurativa non è pertanto efficace nel caso in cui la data del sinistro sia compresa in tale periodo	90 (novanta) giorni
	Periodo di Franchigia: la garanzia è soggetta ad un periodo di franchigia assoluta che ha inizio dal primo giorno di ricovero in Istituto di Cura legalmente riconosciuto	5 (cinque) giorni

Capitolo 5 – Premio di assicurazione

Articolo 18 – Determinazione del premio di assicurazione

Il premio di assicurazione è pari ad una Unità di Premio (cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa, comprensivo di tasse ed imposte) o a un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla frequenza di pagamento scelta (mensile, trimestrale, semestrale o annuale), al Piano di copertura (se previsto) e alla tipologia di Assicurato come riportato nella tabella che segue. *L'eventuale aggiornamento del premio di assicurazione a seguito di richieste di modifica della contratto verrà calcolato secondo la frequenza di pagamento in vigore e sarà effettuato a partire dalla prima scadenza di pagamento utile, successiva all'effetto della modifica.*

Articolo 19 – Pagamento del premio di assicurazione

L'Aderente si impegna a corrispondere il premio di assicurazione, a decorrere dalla Data di Effetto del Contratto, mediante:

- addebito automatico su una Carta di Credito della quale è Titolare,
- oppure mediante domiciliazione diretta su un conto corrente bancario (RID) a lui intestato presso la Banca.

La Società si riserva, qualora venga meno la possibilità di effettuare l'addebito sulla carta di credito inizialmente prevista, in assenza di una volontà espressa dell'Aderente di recedere dal contratto, di attivare automaticamente l'addebito diretto in conto qualora tale informazione possa essere legittimamente trattata dalla Società stessa. Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per l'Aderente di comunicare alla Società, anche per il tramite della Banca, le modifiche da apportare per il corretto addebito del premio di assicurazione. Resta inteso che gli importi di premio successivi a quello di sottoscrizione, vengono contabilizzati anticipatamente rispetto all'effetto della mensilità di copertura in base alla frequenza di pagamento scelta. **Il mancato pagamento del premio determina l'applicazione dell'Art.1901 C.C. mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.**

Piano assicurativo	Premio mensile
PIANO A - Silver	3,00 €/mese (di cui tasse 0,15 €)
PIANO B - Gold	6,00 €/mese (di cui tasse 0,30 €)

L'Impresa di Assicurazione prevede l'applicazione di sconti di premio nell'ambito di specifiche iniziative concordate con la Banca e riservate a categorie specifiche di soggetti

Capitolo 6 - Effetto e durata del contratto

Articolo 20 – Data di Effetto del Contratto

Il contratto di assicurazione ha effetto, cioè si intende stipulato, con la sottoscrizione Certificato di Adesione da parte dell'Aderente presso la Banca e il pagamento del relativo premio di assicurazione secondo le modalità previste dalla condizioni di assicurazione. **Il mancato pagamento del premio determina l'applicazione dell'Art. 1901 C.C. mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.**

Articolo 21 – Data di Inizio della Copertura

La Data di Inizio della Copertura coincide con le ore 24 (ventiquattro) del giorno stesso in cui la BANCA ha raccolto la volontà dell'Aderente di aderire alla presente polizza per il tramite della sottoscrizione del Certificato di Adesione *fatto salvo quanto previsto dall'ARTICOLO 17 - ARTICOLO 17 – "PERIODO DI CARENZA" E "PERIODO DI FRANCHIGIA" in relazione ai periodi di Carenza.*

Articolo 22 – Durata del Contratto. Modalità di disdetta

Il presente contratto di assicurazione, emesso con durata a tempo indeterminato, è valido per periodi di assicurazione ricorrenti definiti in base al premio di assicurazione a partire dalla Data di Effetto del Contratto, e può essere disdetto dall'Aderente:

- rivolgendosi direttamente alla filiale della Banca presso la quale è stato stipulato il contratto di assicurazione, in qualsiasi momento, restando inteso che il contratto di assicurazione rimarrà attivo per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio di assicurazione, oppure;
 - rivolgendosi al numero verde gratuito dedicato riportato nella sezione CONTATTI, in qualsiasi momento, restando inteso che il contratto di assicurazione rimarrà attivo per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio di assicurazione;
- e dalla Società
- almeno 30 (trenta) giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla Data di Effetto del Contratto.

Recesso in caso di Sinistro: *Dopo ogni sinistro conseguente ad infortunio, denunciato ai termini di polizza, e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Aderente e la Società possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il recesso esercitato dall'Aderente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione da parte della Società. Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo trenta giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa da parte dell'Aderente. In tutti i casi entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa all'Aderente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti, non potranno essere interpretati come rinuncia delle parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.*

Articolo 23 – Diritto di recesso

L'Aderente ha il diritto di esercitare il proprio diritto di recesso entro 14 giorni dalla data di effetto del Contratto riportata sul Certificato di Adesione. In caso di recesso, il contratto di assicurazione verrà annullato dalla data di effetto e il premio di polizza, eventualmente già corrisposto, verrà accreditato nuovamente sul Conto Corrente Bancario o sulla Carta di Credito utilizzata in fase di sottoscrizione. Per richieste di cancellazione successive ai 14 (quattordici) giorni previsti per il diritto di recesso, vale quanto riportato all'ARTICOLO 22 – DURATA DEL CONTRATTO. MODALITÀ DI DISDETTA che precede.

Il diritto di recesso può essere esercitato dall'Aderente:

- rivolgendosi direttamente alla filiale della Banca presso la quale è stato stipulato il contratto di assicurazione.
- rivolgendosi al numero verde gratuito dedicato riportato nella sezione CONTATTI.

Resta inteso che in caso venga esercitato il diritto di recesso, in presenza di un sinistro denunciato alla Società, la stessa si riserva la facoltà di trattenere/addebitare l'unità di premio corrispondente al periodo di competenza del sinistro denunciato.

Articolo 24 – Risoluzione per inadempimento

Resta inteso che in caso di mancato pagamento del premio di assicurazione che si verifichi per 2 (due) scadenze consecutive e in assenza di una manifesta volontà dell'Aderente di mantenere attivo il proprio Contratto di Assicurazione, lo stesso sarà oggetto di risoluzione da parte della Società con effetto pari alla scadenza dell'ultimo premio corrisposto, fermo restando in ogni caso quanto previsto dall'Articolo 1901, 1° e 2° comma del Codice Civile.

Capitolo 7 - Denuncia di sinistro

Articolo 25 – Adempimenti in caso di sinistro

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 - se necessario - dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato. All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un fiduciario della Società: in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultima. L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro richiesta dalla Società, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Articolo 26 – Denuncia di sinistro infortuni

In caso di sinistro indennizzabile nei termini della presente polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante deve inoltrare la denuncia alla Società, – per il tramite del numero verde dedicato riportato nella sezione CONTATTI – entro 15 (quindici) giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità. La denuncia deve indicare luogo, giorno e ora dell'evento.

Articolo 27 – Denuncia del sinistro in caso di IRIM

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) deve contattare il Numero Verde dedicato riportato nella sezione **CONTATTI** e produrre la seguente documentazione:

- a) copia della "Richiesta di Fornitura" e della lettera di benvenuto riportante la data di attivazione della fornitura o, in mancanza di quest'ultima, copia della prima fattura;
- b) documento di identità e codice fiscale;
- c) copia delle fatture emesse oggetto del rimborso e prova dell'avvenuto pagamento delle stesse (copia del RID o della fattura successiva).
- d) Cartella clinica in originale o conforme all'originale;
- e) Verbale di Pronto Soccorso completo di eventuali referti radiografici ed esami diagnostici;
- f) Certificati medici riportanti la patologia, la data d'insorgenza e la prognosi della stessa;
- g) Altra documentazione eventualmente richiesta dalla Società per la valutazione del sinistro.

Articolo 28 – Denuncia del sinistro in caso di PPL

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) deve contattare il Numero Verde dedicato riportato nella sezione **CONTATTI** e produrre la seguente documentazione:

- a) copia della "Richiesta di Fornitura" e della lettera di benvenuto riportante la data di attivazione della fornitura o, in mancanza di quest'ultima, copia della prima fattura;
- b) documento di identità e codice fiscale;
- c) copia della lettera di assunzione o documento equivalente attestante la condizione di lavoratore dipendente;
- d) copia della lettera di licenziamento e di ogni altro documento comprovante la cessazione del rapporto di lavoro;
- e) copia di un documento comprovante l'iscrizione negli elenchi anagrafici con lo status di disoccupato in Italia;
- f) attestazione del ricevimento delle indennità di Disoccupazione;
- g) copia delle fatture emesse oggetto del rimborso e prova dell'avvenuto pagamento delle stesse (copia del RID o della fattura successiva).

Denunce successive in caso di PPL: Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per un periodo ulteriore, e così per ogni successivo periodo di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare alla Società il modulo di denuncia del Sinistro con le stesse modalità di cui al paragrafo precedente. Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro per PPL o dopo la denuncia di un Sinistro durante l'iniziale Periodo di Carezza pari a 90 (novanta) giorni, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di PPL se, dal termine del Sinistro precedente, non sia trascorso un periodo di Riqualficazione di 365 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato ad essere Lavoratore Dipendente a tempo indeterminato ed abbia superato il periodo di prova.

Articolo 29 – Denuncia del sinistro in caso di ITT

Ai fini della denuncia del sinistro, l'Assicurato (o i suoi aventi causa) deve contattare il Numero Verde dedicato riportato nella sezione **CONTATTI** e produrre la seguente documentazione:

- a) copia della "Richiesta di Fornitura" e della lettera di benvenuto riportante la data di attivazione della fornitura o, in mancanza di quest'ultima, copia della prima fattura;
- b) documento di identità e codice fiscale;
- c) attestato che certifichi la sua condizione di Lavoratore Autonomo (es.: copia del certificato di attribuzione del numero di partita IVA);
- d) certificato medico attestante l'ITT, eventuale certificato di ricovero in ospedale e copia conforme della cartella clinica;
- e) i successivi certificati medici emessi alla scadenza del precedente (il mancato invio di un certificato alla scadenza del precedente costituisce cessazione del periodo di ITT);
- f) copia delle fatture emesse oggetto del rimborso e prova dell'avvenuto pagamento delle stesse (copia del RID o della fattura successiva).

Denunce successive in caso di ITT: Una volta avvenuto il pagamento di un indennizzo e qualora il Sinistro si protragga per un periodo ulteriore, e così per ogni successivo periodo di durata del Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi causa sono tenuti a compilare ed inviare alla Società il modulo di denuncia del Sinistro con le stesse modalità di cui al paragrafo precedente. Qualora l'Assicurato, entro 60 (sessanta) giorni dalla ripresa della Normale Attività Lavorativa successiva ad un periodo di ITT, subisca una nuova ITT:

1. se derivante dallo stesso infortunio o dalla stessa malattia, il sinistro verrà considerato come continuazione del precedente e non verrà applicato quindi un ulteriore periodo di franchigia;
2. se derivante da diverso infortunio o da diversa malattia, il sinistro verrà considerato come nuovo e non collegato al precedente e verrà quindi applicato il periodo di franchigia.

Dopo la liquidazione definitiva di un Sinistro, nessun Indennizzo verrà corrisposto per successivi Sinistri di ITT se, dal termine del sinistro precedente non sia trascorso un Periodo di Riqualficazione di 365 giorni consecutivi.

Capitolo 8 – Norme comuni

Articolo 30 – Altre assicurazioni

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

Articolo 31 – Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Articolo 32 – Controversie in merito al contratto

La Società si impegna a porre in essere, su richiesta scritta dell'Aderente o dell'Assicurato, procedure per giungere ad una soluzione extragiudiziale di qualsivoglia controversia tra le parti derivante dal Contratto.

Articolo 33 – Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Aderente, dei beneficiari o degli aventi diritto.

Articolo 34 – Prescrizione

Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione sono soggetti ad un termine di prescrizione, che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere, di 2 (due) anni per le garanzie di cui al ramo Danni. Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Articolo 35 – foro competente

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

Articolo 36 – Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 37 – Modalità di comunicazione all'aderente della documentazione contrattuale

È compito della Banca comunicare mediante supporto cartaceo o supporto durevole digitale il presente Fascicolo Informativo, in conformità alla normativa applicabile. Tale comunicazione dovrà avvenire tempestivamente e comunque prima della stipula della polizza.

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



Nota informativa sul trattamento dei dati personali

(Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Per gli assicurati CHUBB EUROPEAN GROUP LIMITED

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative: Al fine di fornirLe i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in suo favore previsti, la nostra Società ha la necessità di disporre di dati personali che La riguardano - dati ancora da acquisire, alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge, e/o dati già acquisiti, forniti da Lei o da altri soggetti - e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative. Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi da parte della nostra Società e di terzi a cui tali dati saranno pertanto comunicati. Il consenso che Le chiediamo riguarda anche gli eventuali dati sensibili strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, il trattamento dei quali è ammesso dalle autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali. Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa", cioè i soggetti che trattano dati personali per fini strumentali all'esecuzione del contratto, in parte anche in funzione meramente organizzativa. Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti. A titolo esemplificativo, rientrano nella "catena assicurativa" gli intermediari assicurativi, come la Banca, i riassicuratori, la società che gestisce la Struttura Organizzativa di cui la Società si avvale per l'erogazione dei servizi di cui alle coperture assistenza. L'elenco aggiornato dei soggetti inclusi nella catena assicurativa è disponibile presso la Società. Precisiamo che senza i Suoi dati potremmo non essere in grado di fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

Modalità di uso dei dati personali: I dati sono trattati da Chubb European Group Limited - titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa. Nella nostra Società, i dati sono trattati da dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa; lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Diritti dell'interessato: Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati presso Chubb European Group Limited- Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi n. 29 – 20124 – Milano – Tel. 02-270951 – Fax: 02-27095333.

Contatti

Per gestire la polizza e denunciare i sinistri

(LUN./VEN. 9:00 - 18:00 e il SAB. 9:00 - 13:00)

- per ricevere informazioni
- per denunciare o verificare lo stato di un sinistro
- per cancellare la polizza (disdetta/recesso)
- per modificare le coordinate per l'addebito del premio

Numero Verde

800 292154

Dall'estero: Tel. +39 06 42115513 - Fax +39 06 4818960

Ufficio Tutela Legale

(LUN./GIOV. 9:00 - 13:00 e 14:00 -18:00 e il VEN. 9:00 - 13:00)

in forma scritta a: **Chubb European Group Limited - Ufficio**

Reclami – Via Fabio Filzi n. 29 – 20124 - Milano. Fax:

02.27095.430 - Mail: ufficio.reclami@chubb.com

Informazioni utili

Per gestire la polizza:

- includere/escludere Assicurati
- cambiare piano di copertura (se previsto)
- modificare frequenza di pagamento

Presso la filiale della propria Banca rivolgendosi all'operatore dello sportello