

## DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

## Prodotto: Programma Sostegno Diagnosi

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono contenute in polizza.

### Che tipo di assicurazione è?

È una polizza individuale a copertura della Malattie Gravi diagnosticate all'Assicurato. Sono inoltre oggetto di copertura garanzie di assistenza medica ed alla persona. La polizza si rivolge a persone maggiori di 18 anni massimo di 59 anni, sia Contraente che coniuge o convivente, scelto dal Contraente stesso ed indicato nel Certificato di assicurazione.



### Che cosa è assicurato?

- ✓ Il pagamento di un capitale predefinito e stabilito in polizza, alla diagnosi di una delle seguenti Malattie Gravi: Tumore, Attacco Cardiaco o Ictus, intese come di seguito.

Per Tumore si intende: un qualsiasi tumore maligno positivamente diagnosticato con conferma istologica o tramite RMN e TAC, caratterizzato dalla crescita incontrollata delle cellule maligne e la conseguente invasione dei tessuti. Il termine tumore maligno include la leucemia, sarcomi di varia natura e i linfomi

Per Infarto si intende: la morte del muscolo cardiaco a causa dell'insufficiente apporto di flusso sanguigno come riportato nelle seguenti evidenze di infarto miocardico acuto:

- Sintomi clinici tipici (ad esempio, caratteristico dolore al petto). I sintomi devono evidenziare un preciso infarto miocardico acuto.
- Nuove peculiari variazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente.
- Il tipico aumento di enzimi cardiaci o livelli di Troponina.
- Altre sindromi acute coronariche che coinvolgano, ma non esclusivamente, l'angina.

Per Ictus si intende: la morte dei tessuti cerebrali a causa di un insufficiente apporto di flusso sanguigno, o di un'emorragia all'interno del cranio, che comporti un deficit neurologico permanente con sintomi clinici perduranti.

- ✓ Vengono inoltre garantiti specifici servizi di assistenza erogati da una Centrale Operativa:
  - A seguito di malattia improvvisa o infortunio: consulto telefonico e videoconsulto medico specialistico disponibile 24 ore su 24; eventuale invio, successivamente al consulto medico, di una ricetta "bianca";
  - A seguito di diagnosi di Malattia Grave: Parere Medico Complementare, Assistenza Psicologica, Collaboratore domestico, Baby Sitter.



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Tumore, Attacco Cardiaco o Ictus non ricompresi nelle definizioni degli stessi;
- ✗ Eventi riconducibili a condizioni patologiche pregresse, fatto salvo l'esercizio dell'Obligo Oncologico.
- ✗ Irragionevole mancanza nel ricercare e/o seguire i consigli del medico;
- ✗ Sinistri derivanti da abuso di alcool, abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- ✗ Sinistri derivanti da autolesionismo, suicidio tentato o consumato, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
- ✗ Sinistri derivanti o collegati all'utilizzo di arma da fuoco e/o sparo

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



### Ci sono limiti di copertura?

- ! La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale nel caso di diagnosi di Malattia Grave insorta nei 90 giorni successivi alla Data di Effetto della Polizza.
- ! L'Assicurazione cessa automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno d'età dell'Assicurato;
- ! Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi collegate;

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



## Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo relativamente alle garanzie per Malattia Grave;
- ✓ Mondo per la Teleconsultazione medico specialistica;
- ✓ Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano relativamente ai servizi di prescrizione medica e di assistenza alla persona.



## Che obblighi ho?

- In caso di adesione alla polizza per il tramite dell'Intermediario abilitato, sottoscrivere il Certificato Personale di Assicurazione e trasmetterne copia firmata all'Assicuratore, restando inteso che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità del contratto.
- Qualora le coordinate per l'addebito del premio di assicurazione dovessero variare, comunicare all'Assicuratore la predetta variazione per il corretto addebito del premio di assicurazione
- Denunciare all'Assicuratore ogni eventuale sinistro entro 15 giorni da quando l'evento si è verificato o comunque non appena possibile, indicando il luogo, il giorno e l'ora del sinistro. Inoltre, fornire all'Assicuratore i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la corretta valutazione del sinistro da parte dell'Assicuratore
- Per usufruire dei servizi di assistenza, contattare in autonomia la Centrale Operativa e fornire tutte le informazioni richieste.



## Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato mediante addebito diretto su un conto corrente bancario intestato al Contraente oppure mediante addebito automatico su una carta di credito, comunque intestata al Contraente.

Il premio deve essere pagato in base alla frequenza stabilita in fase di adesione alla polizza (mensile, trimestrale, semestrale o annuale).



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicuratore può raccogliere la singola adesione alla polizza direttamente o per il tramite dell'Intermediario abilitato ed attraverso il canale web o per il tramite di operatori telefonici, i quali agiscono sotto il pieno controllo e la responsabilità diretta dell'Assicuratore e/o dell'Intermediario abilitato.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire al contratto. A partire da tale momento, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del contratto.

La polizza, emessa con durata a tempo indeterminato, è valida per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla frequenza di pagamento del premio scelta, a partire dalla data di conclusione del contratto.

La copertura assicurativa cessa automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età.



## Come posso disdire la polizza?

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato nella documentazione di polizza, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla data di conclusione del contratto.

Oltre tale termine il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC indirizzata all'Assicuratore, oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza, restando inteso che la polizza rimarrà in vigore per il periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione.

# Assicurazione Malattia e Assistenza

**CHUBB®**

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

**Impresa:** Chubb European Group SE

### Prodotto: Sostegno Diagnosi – Convenzione ITDAXY11611– Assicurazione contro le Malattie Gravi

DIP Aggiuntivo realizzato in data: luglio 2025. Aggiornato a gennaio 2026. Il presente documento è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



### Che cosa è assicurato?

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



### Che cosa non è assicurato?

<p><b>x</b> Rischi esclusi</p>	<p>In aggiunta a quanto previsto nei DIP danni, sono esclusi i Sinistri dovuti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>x</b> 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.);</li> <li><b>x</b> Sindrome da immunodeficienza acquisita;</li> <li><b>x</b> Pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;</li> <li><b>x</b> Pratica delle seguenti attività; speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (bob su pista), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;</li> <li><b>x</b> Pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);</li> </ul>
--------------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.</li> <li>x Partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;</li> <li>x Sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;</li> <li>x Uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;</li> <li>x Stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale,</li> <li>x Periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;</li> </ul>
--	---



## Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.
- ! Chubb European Group SE è una società del gruppo Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE è soggetta a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ai seguenti paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.
- ! In caso di emergenza, la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso né assumersi le eventuali spese.



## A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche, titolari di Carta American Express emessa in Italia, residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano, di età compresa tra 18 e 64 anni, e al loro coinuge.



## Quali costi devo sostenere?

- I premi sono comprensivi di imposte ai sensi di legge
- costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari può variare in funzione del canale di distribuzione. Per questa tipologia di prodotti gli intermediari percepiscono una commissione media pari orientativamente al 35%.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi:</p> <p>Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano</p> <p>Email: <a href="mailto:ufficio.reclami@chubb.com">ufficio.reclami@chubb.com</a></p> <p>L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: <a href="https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf">https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf</a>.</p> <p>In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p> <p>I reclami possono essere presentati anche all'autorità di vigilanza o all'ente all'uopo preposto del Paese in cui l'Assicuratore ha la propria sede legale (FRA - Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - ACPR) scegliendo una delle opzioni disponibili al seguente link: <a href="https://acpr.banque-france.fr/fr/professionnels/vos-outils-et-services/signaler-lacpr-un-manquement-ou-une-infraction">https://acpr.banque-france.fr/fr/professionnels/vos-outils-et-services/signaler-lacpr-un-manquement-ou-une-infraction</a>.</p>

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

<b>Arbitro Assicurativo</b>	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso ( <a href="http://www.arbitroassicurativo.org">www.arbitroassicurativo.org</a> ) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile
<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX">https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze dell'infortunio, le Parti si obbligano a conferire mandato di decidere, con scrittura privata, ad un Collegio di tre medici a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: <a href="https://ec.europa.eu/info/fin-net_en">https://ec.europa.eu/info/fin-net_en</a> .

## Regime Fiscale

<b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b>	Le operazioni di assicurazione effettuate interamente in Italia usufruiscono del regime di esenzione Iva, di cui all'articolo 10, n.2 del DPR n. 633/72 che recepisce la Direttiva n. 2006/112/CE e sono soggette ad un'imposta sul premio assicurativo di cui alla Legge n. 1216/1961.
---	---

## Cosa è il diritto all'oblio oncologico

<b>Diritto all'oblio oncologico</b>	Se l'Assicurato è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link <a href="https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf">https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf</a>
<b>Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico</b>	L'Assicurato che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi
<b>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</b>	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità dell'Assicurato. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per l'Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

CHUBB®

# Programma Sostegno Diagnosi

Contratto di Assicurazione

Malattia e Assistenza

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

Intermediato da



Data di aggiornamento: gennaio 2025 -

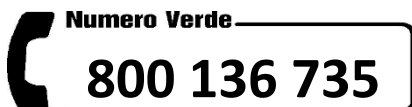
Modello CDA\_ITDAXY11611\_0126

# I Nostri Contatti

Per **CONTATTARCI**, siamo disponibili ai seguenti recapiti:

1) Al **SERVIZIO CLIENTI** per

- ottenere informazioni sulla polizza
- comunicare variazioni anagrafiche
- includere o escludere altri assicurati

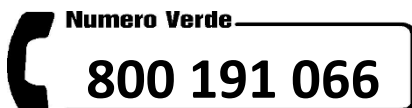


dall'estero **+39 02 87 345 435**,

Disponibile dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali

2) Per **DENUNCIARE UN SINISTRO**, alternativamente

- Può inviare una e-mail a: **americanexpress.claims@chubb.com**
- Può accedere al Portale dedicato: **<https://www.chubbclaims.com/amex/it-it/welcome.aspx>**
- O può contattarci al:



dall'estero **+39 02 27095 790**

Disponibile dal lunedì al giovedì, dalle 9 alle 17, venerdì dalle 9 alle 13, esclusi i giorni festivi

3) Per **RICHIEDERE UNA PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**,

può contattare la Centrale Operativa al



dall'estero **+39 06 4211 5313**

Disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7

Può inoltre **SCRIVERCI** o **inviare il Certificato Personale di Assicurazione firmato alternativamente a:**

- via posta: Chubb European Group SE Via Fabio Filzi, 29 - 20124 Milano
- via e-mail: **servizioclienti.chubb@chubb.com**
- via fax: **+39-02 27095 581**

I contenuti di questo documento sono aggiornati ai sensi di legge e, comunque, con cadenza di almeno 12 mesi. La versione aggiornata del documento è pubblicata sul sito internet dell'Assicuratore.

# INDICE

I Nostri Contatti.....	1
PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO .....	3
L'Assicuratore.....	3
L'Intermediario .....	3
Il Prodotto.....	3
SEZIONE 1: GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA .....	4
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE .....	9
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente .....	9
Articolo 2 - Determinazione del Premio di Assicurazione.....	9
Articolo 3 - Pagamento del Premio di Assicurazione.....	10
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso .....	10
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta .....	11
Articolo 6 - Altre Assicurazioni.....	11
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa .....	10
Articolo 8 - Foro competente .....	11
Articolo 9 - Oneri fiscali .....	11
Articolo 10 – Interpretazione del contratto e rinvio alle norme di Legge.....	11
SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE.....	12
Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione .....	12
Articolo 12 – Persone assicurabili.....	12
Garanzie per Malattia Grave	
Articolo 13 – Definizione Malattia Grave .....	12
Articolo 14 – Capitale assicurato per Malattia Grave .....	13
Prestazioni di Assistenza	
Articolo 15 – Assistenza connessa alla polizza .....	14
Articolo 16 – Centrale Operativa .....	14
Articolo 17 – Assistenza a seguito Infortunio o Malattia improvvisa .....	14
Articolo 18 – Assistenza a seguito Malattia Grave .....	14
SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI .....	15
Articolo 19- Periodo d carenza .....	15
Articolo 20- Persone non assicurabili e limiti di età.....	15
Articolo 21 - Aggravamento del Rischio .....	15
Articolo 22 - Esclusioni generali.....	16
SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO .....	17
Articolo 23 - Adempimenti in caso di Sinistro .....	17
Articolo 24 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro .....	17
Articolo 25 – Prova.....	17
Articolo 26 – Pagamento dell'Indennizzo .....	17

## PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

### L'Assicuratore

Chubb è un leader mondiale nel settore assicurativo.

Presente in 54 paesi, Chubb offre soluzioni assicurative a imprese e individui in ambito Property & Casualty e Accident & Health a diverse tipologie di clienti.

La compagnia si caratterizza per una vasta offerta di prodotti e servizi; una rete di distribuzione molto ampia; un'eccezionale solidità finanziaria; l'operatività a livello globale.

Chubb Limited, la società capogruppo di Chubb, è quotata alla Borsa Valori di New York (NYSE: CB) e fa parte dell'indice S&P 500. Chubb impiega circa 43.000 persone nel mondo.

### L'Intermediario

Amex Agenzia Assicurativa S.r.l. è una società del gruppo American Express con Sede Legale in Viale Alexandre Gustave Eiffel, 15 - 00148 Roma PEC: amexagenziaassicurativa@legalmail.it

Regolarmente iscritta nel Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (RUI) alla sez. A n. A000162575, sottoposta alla vigilanza dell'IVASS - via del Quirinale 21 Roma, [www.ivass.it](http://www.ivass.it) - svolge un'attività di intermediazione assicurativa per conto delle compagnie di assicurazione partner, dedicando un costante impegno nel fornire un servizio completo e trasparente

### Il Prodotto

Il Programma Sostegno Diagnosi è stato creato dalla Compagnia Chubb European Group, partner assicurativo globale di American Express, in esclusiva per AMEX Agenzia Assicurativa.

La protezione offerta dal Programma Sostegno Diagnosi è studiata per offrire una serie di tutele economiche in caso di diagnosi di grave malattia (ictus, tumore o infarto) oltre a una selezionata serie di servizi per gestire al meglio gli inconvenienti che ne possono derivare, sia per la singola persona che per quelle a lui care.

## SEZIONE 1: GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

---

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo, assumono il seguente significato:

### A

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

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

**Arbitrato:** il procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra il Contraente o l'Assicurato e l'Assicuratore. Tale procedimento può essere previsto dai contratti di assicurazione.

**Assicurato:** la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione. Tale persona può anche non coincidere con chi paga il premio (il Contraente) ed essere da quest'ultimo indicata.

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

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

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

**Assicurazione Malattia:** l'assicurazione con la quale l'assicuratore si impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a una Malattia.

**Assistenza:** l'aiuto tempestivo entro i limiti convenuti nel contratto di assicurazione che viene erogato per il tramite della Centrale Operativa e fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi del sinistro

### B

**Beneficiario:** la persona designata come tale per iscritto dall'Assicurato alla Società. In difetto di designazione, la Società verserà l'indennizzo agli eredi legittimi in parti uguali. L'Assicurato potrà in ogni momento, durante la vigenza del presente Contratto di Assicurazione, modificare l'indicazione del Beneficiario con comunicazione scritta alla Società o per testamento.

La designazione non può essere revocata o modificata dopo che:

- l'Assicurato ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto alla Società, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
- si sia verificata la morte dell'Assicurato;
- il Beneficiario abbia comunicato per iscritto alla Società di volersi avvalere del beneficio dopo la morte dell'Assicurato.

### C

**Carenza:** il periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo, l'Assicuratore non corrisponde la prestazione assicurata.

**Cartella Clinica:** il documento ufficiale e atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami e la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

**Centrale Operativa:** l'organizzazione di Inter Partner Assistance Service - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico dell'Assicuratore, le prestazioni di assistenza previste dal presente contratto di assicurazione.

**Certificato Personale di Assicurazione:** il documento emesso dall'Assicuratore ed intestato al Contraente, che prova la copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante della polizza.

**Commissioni/Costi di Intermediazione:** il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

**Conclusione del Contratto:** il momento in cui l'assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire al presente Contratto di assicurazione.

**Condizioni di Assicurazione:** le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

**Coniuge:** il coniuge, per matrimonio o unione civile, o il convivente more uxorio.

**Consumatore:** qualsiasi persona fisica, residente nel territorio dell'Unione Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

**Contraente:** la persona fisica maggiorenne e residente in Italia alla quale è intestato il Certificato Personale di Assicurazione e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

**Contratto di Assicurazione:** il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente e con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.

## D

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

**Data di Adesione:** le ore 24 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire alla presente polizza e a partire dalla quale il contratto di assicurazione ha piena efficacia, vale a dire l'Assicuratore si impegna a garantire le prestazioni assicurate, a patto che il Contraente paghi almeno la prima Unità di Premio. La data è riportata sul Certificato Personale di Assicurazione.

**Data di Effetto:** Data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato. Coincide con le ore 24.00 della data di Adesione.

**Dati Personali:** le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.

**Denuncia di Sinistro:** la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

**Diagnosi:** la data in cui viene emesso da un Medico Specialista un giudizio clinico, effettuato tramite l'anamnesi, gli esami di laboratori e/o evidenze strumentali, che consiste nel riconoscere una condizione presente nel **l'Assicurato** riconducibile a una **Malattia Grave**.

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

**Dichiarazioni Precontrattuali:** le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula 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 successivo 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:** il diritto del Contraente di recedere dal contratto di assicurazione e farne cessare gli effetti annullando l'assicurazione dalla data di Conclusione del Contratto.

**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 interrompere il contratto di assicurazione.

**Durata del Contratto:** il periodo di tempo per il quale l'assicurazione è efficace, a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente. Tale periodo può prevedere una carenza, espressamente indicata in polizza qualora operante.

## E

**Emergenza:** un'alterazione straordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza a un infortunio, tale da mettere in pericolo la vita dell'Assicurato e per la quale è necessario il ricorso a mezzi speciali di trattamento nel più breve tempo possibile.

**Esclusioni:** rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

## F

**Figlio:** ciascun figlio legittimo e naturale del Contraente o del Coniuge

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

### Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.

Caso d):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede un scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede un scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

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

**Frequenza di Pagamento:** la frequenza con la quale il Contraente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Si specifica che in questo tipo di polizza il premio è sempre ricorrente (periodico) e non è mai Unico (versato in un'unica soluzione).

## I

**Imposta sulle Assicurazioni:** imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.

**Inabilità temporanea:** l'incapacità fisica, totale o parziale e per una durata limitata nel tempo, a svolgere le proprie mansioni lavorative.

**Indennità o Indennizzo:** la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro indennizzabile.

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

**Intermediario:** l'Intermediario assicurativo, Amex Agenzia Assicurativa S.r.l., iscritto alla sezione A, n. A000162575 del R.U.I (Registro Unico degli Intermediari Assicurativi), regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente contratto di assicurazione

**Istituto di Cura:** l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, pubblici o privati, 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.

**Nota bene:** Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le case di soggiorno/riposo, strutture di convalescenza, nonché le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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

## L

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

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

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

## M

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente a infortunio

**Malattia Grave:** Tumore, Attacco Cardiaco o Ictus, come meglio definiti alla SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE.

**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:** l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

**Medico:** il soggetto, diverso dall'Assicurato, dal suo Coniuge, figlio/a, socio in affari o parente/affine fino al secondo grado, laureato in medicina, legalmente abilitato all'esercizio della professione e iscritto nel competente albo professionale del Paese in cui fornisce le proprie prestazioni.

**Momento della diagnosi:** il giorno e l'ora in cui un Medico certifica all'Assicurato ancora in vita la presenza di una Malattia Grave.

## O

**Obligo oncologico:** Il diritto all'oblio si acquisisce dopo 10 anni dalla conclusione del trattamento attivo, ridotto a 5 anni se la malattia è insorta prima dei 21 anni. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico matura nei termini indicati nello stesso Allegato. Per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Successivamente a tali termini, non sarà considerata patologia pregressa e quindi non sarà oggetto di esclusione.

## P

**Periodo di Assicurazione:** il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza del contratto di assicurazione riportato nel Certificato Personale di Assicurazione. La data di effetto corrisponde alla data di Conclusione del Contratto.

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

**Polizza:** il documento che prova il contratto di assicurazione.

**Premio:** la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.

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

**Prestazioni Assicurate:** l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.

**Principio Indennitario:** principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. 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 una fonte di guadagno.

## Q

**Questionario Anamnestico:** detto anche questionario sanitario, è il documento che l'Assicuratore può chiedere al Contraente di compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione. 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 stabilire le condizioni di assicurazione.

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

## R

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

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

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

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

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

**Riserve:** le somme di denaro che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli Assicurati.

**Rivalsa:** il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

## S

**Servizio Clienti:** struttura presso l'Assicuratore attraverso la quale l'Assicurato assume il primo contatto con l'Assicuratore stesso in caso di sinistro o per qualsiasi esigenza inerente al contratto.

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

**Sinistro:** il verificarsi dell'evento assicurato.

**Sottolimito:** l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del Massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.

**Surroga:** la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

## U

**Unità di Premio:** l'importo corrispondente a 1 mese di copertura assicurativa, comprensivo delle imposte applicabili.

**Urgenza:** una alterazione ordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato in conseguenza di un infortunio qualora, pur non esistendo un immediato pericolo di vita, sia tuttavia necessario adottare entro breve tempo l'opportuno intervento terapeutico.

## V

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

## SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

---

### **Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente**

L'Intermediario, nel rispetto delle norme vigenti, dal momento del primo contatto commerciale, e prima dell'adesione, ha acquisito dal Contraente ogni informazione utile a identificare le sue richieste ed esigenze per valutare l'adeguatezza del contratto offerto e ha fornito le informazioni oggettive sul prodotto assicurativo in una forma comprensibile, al fine di consentirgli di prendere una decisione informata, verificando che il contratto proposto fosse coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente.

L'Intermediario ha raccolto la dichiarazione del Contraente:

- a) Di essere interessato ad una protezione assicurativa per sé stesso, ed eventualmente ai suoi familiari, che garantisca un capitale fisso e predefinito in caso di diagnosi di una malattia grave, ovvero ictus, tumore o infarto oltre a prestazioni di assistenza a supporto.
- b) Di avere chiara l'applicazione del periodo Carenza e l'esclusione per patologia pre-esistente per le garanzie oggetto della protezione assicurativa.
- c) Che il prodotto che è stato proposto corrisponde alle sue esigenze assicurative e che durata, garanzie, esclusioni e capitali, sono adeguati alle sue esigenze assicurative.
- d) Che non ha altre coperture analoghe oppure se le avesse, è comunque interessato ad aumentare il suo livello di protezione.
- e) Di essere residente in Italia, di essere maggiorenne e di non avere ancora compiuto 60 anni.

**\*\*Avvertenza\*\***

**Amex Agenzia Assicurativa colloca direttamente i prodotti su mandato di Chubb.**

**Chubb non effettua alcuna verifica in merito all'adeguatezza del contratto, in quanto in carico all'intermediario**

**Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per l'adesione al Contratto di Assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tali dichiarazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:**

- **sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, l'Assicuratore avrà diritto ai Premi relativi al Periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 del Codice Civile;**
- **non sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, l'Assicuratore potrà recedere dal contratto, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che l'Assicuratore abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 del Codice Civile.**

**È fatto salvo l'esercizio del diritto all'oblio oncologico**

### **Articolo 2 - 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 delle Imposte applicabili o a un multiplo di essa in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile o annuale),

Il Premio è determinato dal Piano scelto, riportato sul Certificato di Assicurazione, e dall'età dell'Assicurato e varia al variare dell'età dell'Assicurato stesso, come riportato nella tabella sottostante.

La variazione del Premio, conseguente al passaggio dell'Assicurato da una fascia di età alla seguente, sarà applicata dalla prima Ricorrenza Annuale della polizza, successiva al passaggio di età.

L'Assicuratore si riserva il diritto di proporre eventuali adeguamenti in corso di Contratto, fatta salva la facoltà del Contraente di accettare tali modifiche o di recedere dall'assicurazione.

UNITÀ DI PREMIO PER PERSONA ASSICURATA (importo corrispondente ad un mese di copertura)		
Fascia di età	Piano Base	Piano Premium
Da 18 a 30 anni	€ 4,00	€ 8,00
Da 31 a 40 anni	€ 8,00	€ 15,00
Da 41 a 45 anni	€ 18,50	€ 36,00
Da 46 a 50 anni	€ 32,00	€ 63,00
Da 51 a 55 anni	€ 50,50	€ 100,00
Da 56 a 60 anni	€ 76,00	€ 151,00
Da 61 a 65 anni	€ 107,50	€ 214,50
Da 66 a 70 anni	€ 146,00	€ 291,00

### **Articolo 3 - Pagamento del Premio di Assicurazione**

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio di Assicurazione a decorrere dalla data di Conclusione del Contratto, mediante addebito automatico su una carta di credito di cui è titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato.

Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per il Contraente di comunicare tempestivamente all'Assicuratore le modifiche da apportare per il corretto addebito del Premio.

L'eventuale attivazione dell'addebito diretto su un conto corrente bancario potrà avvenire in ogni momento mediante l'approvazione del relativo mandato da parte del Contraente, nel rispetto delle procedure previste per l'utilizzo di questo strumento di pagamento.

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

Resta inteso che la prima Unità di Premio, pari a 1 mese di copertura assicurativa dalla data di Conclusione del Contratto, è a carico dell'Assicuratore e il Contraente non è tenuto a corrisponderla all'Assicuratore, a condizione che nei tempi dovuti effettui il pagamento della prima unità di Premio a suo carico. Il mancato pagamento della prima unità di Premio a carico del Contraente dopo il godimento del primo mese di copertura a carico dell'Assicuratore comporta retroattivamente il venir meno della copertura assicurativa fin dalla data di Conclusione del contratto. In tal caso i Sinistri verificatisi nel primo mese di copertura non daranno luogo all'erogazione dei servizi assicurativi previsti dal Contratto

### **Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso**

Il Contratto di Assicurazione si intende concluso e perfezionato nel momento in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire alla presente Polizza (data di Conclusione del Contratto).

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalle ore 24.00 della data di Conclusione del Contratto: da tale momento l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto della presente Polizza, tranne per le prestazioni soggette a carenza, riportate nella SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Contraente - richiesta in conformità alla vigente normativa nel quadro dell'art. 1888 del Codice Civile e della Legge applicabile - ha una finalità esclusivamente probatoria, pertanto la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del Contratto di Assicurazione o la possibilità per il Contraente di esercitare pretese di annullamento dello stesso al di fuori delle modalità previste nella presente Sezione.

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro i 30 giorni successivi alla data di Conclusione del Contratto (riportata sul Certificato Personale di Assicurazione), comunicando all'Assicuratore la sua volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata A/R;
- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In tal caso il Contratto di Assicurazione sarà automaticamente annullato dalla data di Conclusione del Contratto e l'Assicuratore rimborserà al Contraente l'eventuale Premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

**Esempio del funzionamento del Diritto di Recesso:**

Il Contraente aderisce il giorno 15 aprile 2025. La copertura scatta dalle ore 24 del medesimo giorno. Entro le ore 24 del 15 maggio 2025, il Contraente potrà annullare il contratto e liberarsi dall'obbligo del pagamento del Premio, purché comunichi la sua volontà di esercitare il Diritto di Recesso.

**Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta**

Il presente Contratto di Assicurazione, emesso con Durata a tempo indeterminato, salvo quanto previsto al successivo paragrafo, è valido per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla Frequenza di Pagamento del Premio scelta, a partire dalla data di Conclusione del Contratto.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 70° anno di età.

Resta inoltre convenuto che l'operatività della polizza cessa, nei confronti dell'Assicurato, al momento della liquidazione del capitale assicurato per Malattia Grave.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC, restando inteso che il presente Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il Periodo di Assicurazione per il quale è già stato corrisposto il Premio.

Oltre alla forma scritta, il Contraente ha facoltà di comunicare la propria Disdetta rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi 5 anni dalla data di Conclusione del Contratto, eccetto nel caso in cui l'Assicuratore decida di interrompere o trasferire la totalità dei contratti assicurativi a cui il presente Contratto di Assicurazione appartiene per tipologia. Dopo i primi 5 anni, l'Assicuratore potrà dare Disdetta in qualsiasi momento. La Disdetta sarà in ogni caso comunicata, a mezzo raccomandata A/R o PEC, almeno 30 giorni prima della scadenza del Periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio.

**Tutti i recapiti necessari per comunicare con l'Assicuratore sono riportati a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".**

**Articolo 6 - Altre Assicurazioni**

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore. Tuttavia, in caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 del Codice Civile).

**Articolo 7 - Rinuncia al diritto di Rivalsa**

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

**Articolo 8 - Foro competente**

In caso di controversie in merito al presente Contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza dell'Assicurato.

**Articolo 9 - Oneri fiscali**

Gli oneri fiscali relativi al Contratto di Assicurazione sono a carico del Contraente.

**Articolo 10 – Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge**

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

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla Legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso. In particolare, il Servizio Clienti è punto di contatto di ogni richiesta di informazioni e chiarimento indipendentemente dalla presenza di Sinistri, nell'ottica di agevolare e di applicare in concreto i suddetti principi di chiarezza, trasparenza e semplificazione contrattuale.

**SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE**

**Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione**

Il presente Contratto di Assicurazione “Malattia e Assistenza” garantisce all'Assicurato (per eventi occorsi sia nell'esercizio dell'attività professionale, sia durante le attività extra-professionali):

- un indennizzo, in base al Piano prescelto e riportato sul Certificato Personale di Assicurazione, alla Diagnosi di una delle seguenti Malattie Gravi:
  - Tumore;
  - Attacco cardiaco;
  - Ictus;
 così come definite nel successivo Articolo 13;
- il servizio di teleconsulto medico, richiedibile a seguito di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, anche non correlato a una Malattia Grave
- una serie di prestazioni di assistenza, richiedibili a seguito di Diagnosi di una delle malattie gravi;

Resta inteso che si considerano indennizzabili solo gli eventi in copertura verificatisi a partire dalla data di Conclusione del Contratto e della eventuale carenza.

Gli Indennizzi e i Massimali sono riportati nella “Tabella degli Indennizzi e delle Prestazioni Assicurate” sottostante.

TABELLA DEGLI INDENNIZZI E DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE		
GARANZIE MALATTIA		
	Piano Base	Piano Premium
Capitale assicurato per Malattia Grave	€ 25.000	€ 50.000
PRESTAZIONI DI ASSISTENZA		
Assistenza seguito di infortunio o malattia improvvisa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teleconsultazione medica e specialistica</li> <li>• Prescrizione medica a seguito teleconsultazione</li> </ul>	
Assistenza seguito di diagnosi di Malattia Grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parere Medico Complementare (Second Opinion)</li> <li>• Assistenza Psicologica</li> <li>• Invio Collaboratore domestico</li> <li>• Invio Baby Sitter</li> </ul>	

**Articolo 12 – Persone assicurabili**

Il Contraente può aderire al presente Contratto di Assicurazione purchè abbia un'età compresa tra 18 anni compiuti e i 59 anni compiuti al momento della Conclusione del Contratto.

Inoltre, il Contraente può, in qualsiasi momento, estendere l'assicurazione al suo Coniuge, purché di età non superiore ai 59 anni compiuti al momento dell'inserimento in copertura.

Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione. Resta inteso che il Contraente può scegliere di modificare in qualunque momento l'elenco degli Assicurati, comunicando all'Assicuratore la propria volontà secondo le modalità indicate a pagina 1 della presente Polizza intitolata “I NOSTRI CONTATTI”.

**GARANZIE PER MALATTIA GRAVE**

**Articolo 13 – Definizione di Malattia Grave**

Ai fini della presente polizza, per Malattia Grave si intende:

**13.1 – Tumore**

Un qualsiasi tumore maligno positivamente diagnosticato con conferma istologica o tramite RMN e TAC, caratterizzato dalla crescita incontrollata delle cellule maligne e la conseguente invasione dei tessuti.

Il termine tumore maligno include la leucemia, sarcomi di varia natura e i linfomi.

Per la definizione precedente, le seguenti patologie non sono considerate come Malattia Grave:

- a) I Tumori istologicamente classificati in una delle seguenti categorie:
  - In stato precanceroso;
  - Non-invasivi;
  - Carcinoma in situ;
  - A basso potenziale maligno o "Borderline", neoplasie con alcune, ma non tutte, le caratteristiche istologiche di malignità
- b) Tutti i tumori della prostata o al seno istologicamente classificati aventi un livello di classificazione in base alla scala Gleason, inferiore a 6; oppure i tumori che hanno raggiunto un livello di classificazione clinica TNM inferiore a T2N0M0.
- c) Le leucemie linfatiche croniche con classificazione istologica inferiore allo Stadio A del sistema di Binet: linfocitosi assoluta (linfociti > 5.000 mmc), assenza di anemia, non trombocitopenia e meno di 3 aree linfonodali coinvolte.
- d) Qualsiasi tumore alla pelle (incluso il linfoma cutaneo) diverso da melanoma maligno e che non sia stato classificato istologicamente come invasore del tessuto inferiore all'epidermide (strato superiore della pelle).

### 13.2 – Attacco Cardiaco

Morte del muscolo cardiaco a causa dell'insufficiente apporto di flusso sanguigno come riportato nelle seguenti evidenze di infarto miocardico acuto:

- a) Sintomi clinici tipici (ad esempio, caratteristico dolore al petto). I sintomi devono evidenziare un preciso infarto miocardico acuto.
- b) Nuove peculiari variazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di Adesione alla polizza.
- c) Il tipico aumento di enzimi cardiaci o livelli di Troponina pari o superiori a:
  - Troponina T > 1.0 ng/ml;
  - AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente con il metodo della Troponina I.

Per la definizione precedente, le seguenti patologie non sono considerate come Malattia Grave

Altre sindromi acute coronariche che coinvolgono, ma non esclusivamente, l'angina.

### 13.3 - Ictus

Morte dei tessuti cerebrali a causa di un insufficiente apporto di flusso sanguigno, o di un'emorragia all'interno del cranio, che comporti un deficit neurologico permanente con sintomi clinici perduranti.

Per la definizione precedente, le seguenti patologie non sono considerate come Malattia Grave

- a) Attacchi ischemici transitori (TIA);
- b) Ferite da trauma ai tessuti cerebrali o ai vasi sanguigni
- c) Ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

## **Articolo 14 – Capitale assicurato per Malattia Grave**

La Società garantisce il pagamento del capitale assicurato indicato nella Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi, in base al Piano riportato sul Certificato personale di Assicurazione, alla Diagnosi di una Malattia Grave così come definita all'Articolo 13 che precede, a condizione che siano trascorsi almeno 30 giorni dalla data della Diagnosi e che l'Assicurato sia ancora in vita in tale data.

Qualora al momento della liquidazione l'Assicurato non dovesse essere più in vita, la Società si impegna a corrispondere comunque il capitale assicurato al Beneficiario.

Il capitale assicurato è garantito 1 (una) volta per ogni singola Malattia Grave, ovvero non potrà essere richiesto per la medesima Malattia Grave per la quale sia già stato aperto un Sinistro.

La copertura del rischio di incorrere in una delle malattie gravi oggetto della presente polizza è parificata alla copertura del rischio di subire un'invalidità permanente di grado superiore al 5%.

La presente prestazione è valida in tutto il mondo

## **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**

### **Articolo 15 – Assistenza connessa alla polizza**

Per la gestione delle garanzie e delle prestazioni di Assistenza connesse alla presente polizza, l'Assicuratore si avvale della struttura organizzativa di Inter Partner Assistance Service S. A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, che in virtù di preesistente accordo con l'Assicuratore provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato attraverso la sua Centrale Operativa, a organizzare gli interventi sul posto e a erogare, con costi a carico dell'Assicuratore, le prestazioni di Assistenza previste dal Contratto di Assicurazione.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di Assistenza, l'Assicuratore non è tenuto a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere.

### **Articolo 16 – Centrale Operativa**

L'Assicurato, in caso di necessità conseguente a uno degli eventi previsti in polizza, può avvalersi delle prestazioni di Assistenza indicate nel successivo articolo, contattando telefonicamente la Centrale Operativa al Numero Verde riportato alla pagina 1 intitolata "I nostri contatti".

La Centrale Operativa mette a disposizione dell'Assicurato un servizio medico, composto da un Coordinatore Medico Responsabile e da un'équipe di persone qualificate e specializzate, disponibili 24 ore su 24. Per richiedere le prestazioni, l'Assicurato dovrà fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della Polizza);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

Tutti gli interventi della Centrale Operativa devono essere espressamente richiesti dall'Assicurato

### **Articolo 17 – Assistenza a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa**

#### **17.1 – Teleconsultazione medico specialistica**

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa, anche non correlato ad una Malattia Grave, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video-chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

L'assicurato potrà richiedere i seguenti consulti con l'équipe medica:

- medico generico (prestazioni illimitate)
- pediatra (prestazioni illimitate)
- cardiologo (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno solare)
- ortopedico (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno solare)
- ginecologo (con un massimo di 5 prestazioni per assicurato e per anno solare).

L'Assistenza è accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata alla Centrale Operativa.

La presente garanzia è accessibile da tutto il mondo.

#### **17.2) – Prescrizione medica**

Nel caso in cui, a seguito di un consulto medico, si preveda l'assunzione di un farmaco, la Centrale Operativa provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN), oppure previa verifica della disponibilità del farmaco, presso la farmacia aperta più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato o dallo stesso indicata, in modo che l'Assicurato o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

La presente garanzia è valida in Italia, compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino

### **Articolo 18 – Assistenza a seguito Malattia Grave**

#### **18.1 – Parere medico complementare (Second Opinion)**

A seguito alla Diagnosi di una Malattia Grave come precedentemente definita, l'Assicurato, anche per il tramite di un familiare, potrà richiedere di ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista di riconosciuta fama ed esperienza e di ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il parere medico complementare, inviata entro 10 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- l'opinione dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;

- risposte a possibili quesiti

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

La Second Opinion non è ripetibile, ovvero non potrà essere richiesta per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta.

La presente garanzia è accessibile da tutto il mondo

### **18.2 – Assistenza Psicologica**

Entro 6 mesi dalla Diagnosi di una Malattia Grave così come precedentemente definita, qualora si rendesse necessaria un'assistenza psicologica per l'Assicurato, la Centrale Operativa potrà metterlo in contatto telefonico con uno Specialista entro 8 ore dalla richiesta.

La prestazione è fornita per un massimo di 5 contatti.

La prestazione è fornita entro 8 ore lavorative dalla richiesta.

La presente garanzia è valida in Italia, compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino

### **18.3 Aiuto domestico a domicilio**

Entro 6 mesi dalla Diagnosi di una Malattia Grave così come precedentemente definita, se l'assicurato si trova in stato di inabilità temporanea conseguente alla Diagnosi, qualora l'Assicurato necessiti di assistenza domestica, la Centrale Operativa potrà organizzare il reperimento e l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di un'Assistente alla Persona che possa fornire assistenza all'Assicurato durante la giornata per lo svolgimento delle normali faccende domestiche.

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato entro il limite di Euro 150,00 per evento.

La prestazione è fornita per un massimo di 5 ore o di Euro 150 per evento.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

La presente garanzia è valida in Italia, compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino

### **18.4 – Babysitter a domicilio**

Entro 6 mesi dalla Diagnosi di una Malattia Grave così come precedentemente definita, se l'assicurato si trova in stato di inabilità temporanea conseguente alla Diagnosi, qualora l'Assicurato non sia in grado di occuparsi autonomamente dei propri figli minorenni, la Centrale Operativa potrà organizzare il reperimento e l'invio presso il domicilio dell'Assicurato di una babysitter, con costi a carico dell'Assicuratore

Se risulti impossibile fornire la presente prestazione, l'Assicuratore rimborserà, a seguito di presentazione di relativa documentazione, le spese sostenute dall'Assicurato entro il limite di Euro 190,00 per evento.

La prestazione è fornita per un massimo di 12 ore o di Euro 190 per evento.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 giorni

La presente garanzia è valida in Italia, compresi lo Stato del Vaticano e la Repubblica di San Marino

## **SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI**

---

### **Articolo 19 – Periodo di carenza**

La presente polizza non prevede il pagamento di alcun capitale o indennizzo nel caso di diagnosi di Malattia Grave insorta nei 90 (novanta) giorni successivi alla Data di Effetto della Polizza indicata sul Certificato di Assicurazione.

Resta inteso che per i nuovi Assicurati il periodo di carenza si intende espressamente richiamato mentre, in caso di sostituzione di polizza, la carenza per gli Assicurati già in copertura si intende abrogata nel rispetto del limite sopra indicato.

### **Articolo 20 - Persone non assicurabili e limiti di età**

Non possono essere Assicurati coloro che, alla data di Adesione, abbiano già compiuto i 60 anni d'età.

In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale immediatamente successivo al compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

Inoltre, la copertura assicurativa non opera per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.

### **Articolo 21 - Aggravamento del Rischio**

L'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la compilazione di un Questionario Anamnestico o la comunicazione di condizioni che possono determinare un Aggravamento o una Diminuzione del Rischio, come ad esempio la variazione della professione svolta o lo stato di fumatore.

Si precisa che, qualora le condizioni indicate all'articolo precedente in merito ad alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate si manifestino nel corso del Contratto di Assicurazione, la copertura assicurativa cessa automaticamente in

relazione all'Assicurato affetto a tale condizione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'Indennizzo, a norma dell'art. 1898 del Codice Civile. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente – ove richiesto – la parte di Premio non goduta, con esclusione delle Imposte applicabili.

## **Articolo 22 - Esclusioni generali**

### **22.1 – Esclusione malattie progressive**

Qualora all'Assicurato alla Data di Effetto, fosse già diagnosticata una delle Malattie Gravi oggetto di questa polizza, oppure ne avesse già manifestato sintomi documentati, questa è esclusa dalla copertura e pertanto l'Assicurato non avrà diritto ad alcuna prestazione correlata a una Malattia Grave.

Inoltre, non sono coperte la Malattia Grave direttamente o indirettamente correlata, secondo criteri medico scientifici documentati, a una condizione patologica progressa.

Per condizione patologica progressa s'intende, ad esempio, una condizione in relazione alla quale l'Assicurato, alla data della stipula della polizza:

- sia stato visitato da un medico, che ha formulato la diagnosi o prescritto un trattamento;
- abbia usufruito di assistenza, servizi o attrezzature cliniche;
- abbia ottenuto una prescrizione medica o farmacologica;
- riferita a malformazioni congenite o a stati patologici.

Per le patologie oncologiche, verrà riconosciuto l'Oblio oncologico, come definito nel Glossario.

### **22.2 – Altre Esclusioni:**

Restano sempre esclusi, e quindi non indennizzabili, i sinistri dovuti a:

- a) Irragionevole mancanza nel ricercare e/o seguire i consigli del medico;
- b) Abuso di alcool, abuso di psicofarmaci o all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) Autolesionismo, suicidio tentato o consumato, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, atti temerari, restando comunque coperti in garanzia i sinistri conseguenti ad atti di legittima difesa o per dovere di solidarietà umana.
- d) Utilizzo di arma da fuoco e/o da sparo nonché quelli occorsi nella fase immediatamente precedente l'utilizzo delle medesime;
- e) 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.);
- f) Sindrome da immunodeficienza acquisita;
- g) Alla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- h) Alla pratica delle seguenti attività; speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (bob su pista), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- i) Alla pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo);
- j) Alla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, o come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo.
- k) Alla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) inerenti alle tipologie di sport sopra elencate;
- l) Sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- m) All'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- n) Stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale,
- o) Periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;

### **\*\*Avvertenza\*\*:**

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

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

## SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

---

### **Articolo 23 – Adempimenti in caso di Sinistro**

#### **23.1 - Denuncia di Sinistro per Malattia Grave**

In caso di Malattia Grave avente come conseguenza uno degli eventi previsti in Polizza, l'Assicurato o un suo rappresentante, devono inoltrare la Denuncia all'Assicuratore, in una delle modalità riportate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI", entro 15 giorni dall'evento o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità.

La Denuncia deve indicare luogo, giorno e ora. L'Assicurato deve fornire a proprie spese i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del Sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore, esprimendo il consenso al trattamento dei Dati Personali.

All'Assicurato potrà essere richiesto di sottoporsi a visita o consulto medico presso un soggetto incaricato dall'Assicuratore; in tal caso le spese relative sono a carico di quest'ultimo.

#### **23.2 - Denuncia di Sinistro per Prestazioni di assistenza**

Per richiedere le prestazioni di Assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa in una delle modalità riportate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI" e fornire all'operatore le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della Polizza);
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere rintracciato e luogo;
- nome del proprio medico curante ed il suo recapito telefonico.

### **Articolo 24 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro**

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro, le Parti si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza.

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

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

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

### **Articolo 25 - Prova**

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

### **Articolo 26 – Pagamento dell'Indennizzo**

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni. Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

Chubb European Group  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 -Milano

Telefono: 02 270951  
Fax: 02 27095333  
Mail: [info.italy@chubb.com](mailto:info.italy@chubb.com)  
[www.chubb.com/it](http://www.chubb.com/it)

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