

Polizza nel Carrello - Scuola

Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni durante le
Attività Extrascolastiche

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



 **HEYCONAD**
ASSICURAZIONI

CONTATTI

Servizio Clienti

È possibile contattare il servizio clienti, alternativamente:

- dall'Italia, al numero 800 199 809 dal lunedì al venerdì, dalle ore 9 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali;
- dall'estero, al numero +39 0287345409;
- online sul sito: <https://contactus.chubb.com/>

Il servizio clienti è a disposizione per ottenere informazioni sulla Polizza.

Denuncia Sinistri

È possibile denunciare un Sinistro:

- **online, sul sito**
<https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT>
(non utilizzabile da cellulare o browser Safari)
- via email, a Heyconadassicurazioni.sinistri@chubb.com
- via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

INDICE

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA	3
SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	7
Art. 1 Dichiarazioni del Contraente	7
Art. 2 Variazioni di Rischio	7
Art. 3 Pagamento e Regolazione del Premio	7
Art. 4 Effetto e durata del Contratto	7
Art. 5 Comunicazione degli Assicurati	7
Art. 6 Gestione della Polizza	8
Art. 7 Altre assicurazioni	8
Art. 8 Foro competente	8
Art. 9 Oneri fiscali	8
Art. 10 Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge	8
Art. 11 Forma delle comunicazioni	8
Art. 12 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione	8
Art. 13 Dati Personali	8
TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI	9
SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE	10
Art. 14 Oggetto dell'Assicurazione	10
Art. 15 Persone Assicurabili	10
Art. 16 Prestazioni Assicurate	10
16.1 Indennità da Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio	10
16.2 Indennità da Immobilizzazione a seguito di Infortunio	11
16.3 Decesso da Infortunio	11
16.4 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio	11
SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI	13
Art. 17 Persone Non Assicurabili e Limiti di Età	13
Art. 18 Limiti Territoriali	13
Art. 19 Eventi non considerati Infortuni assicurati	13
Art. 20 Criteri di ammissibilità dei referti medici	13
Art. 21 Criteri di Indennizzabilità	13
Art. 22 Esclusioni	13
22.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie	13
22.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Ricovero Ospedaliero da Infortunio"	14
22.3 Limite catastofale valido per la garanzia "Decesso da Infortunio" e "Invalidità Permanente a seguito di Infortunio"	14
SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO	16
Art. 23 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	16
Art. 24 Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro	16
Art. 25 Prova	17
Art. 26 Pagamento dell'Indennizzo	17
Informativa sul trattamento dei Dati Personali	19
Come presentare un Reclamo	21

SEZIONE 1 – GLOSSARIO E DEFINIZIONI DI POLIZZA

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

A

Adesione: l'Adesione della Polizza effettuata ai sensi dell'Art. 4. Per aderire alla Polizza, l'Assicurato deve, entro 7 giorni dall'emissione di uno scontrino fiscale, legato alla propria carta Insieme, di importo $\geq$ € 30,00 relativo all'acquisto presso i negozi ad Insegna Conad, accedere o registrarsi (qualora non fosse già attiva l'utenza digitale della carta Insieme) sul sito internet www.conad.it, e compilare il form di attivazione. L'Adesione deve avvenire entro 7 giorni dalla data di emissione dello scontrino di cui sopra ed è riservato ai clienti di Conad che siano iscritti al programma fedeltà.

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.

Aderente: la persona fisica che presenta i requisiti di assicurabilità (tra cui l'essere iscritto ad un programma di fedeltà di Conad, aver aderito al Contratto secondo le modalità di cui all'Art. 4 ed essere stato oggetto delle Comunicazioni di cui all'Art. 5), il cui interesse è coperto dall'Assicurazione e aderisce alla Polizza.

Assicurato: tutti i figli studenti eligibili di chi aderisce alla polizza. Per essere eleggibili i figli dell'aderente devono essere studenti dai 3 ai 21 anni di età, conviventi e frequentanti il ciclo di studi primari (infanzia, primaria) o secondari (di I e II grado):

- Scuola infanzia
- Scuola primaria
- Scuola secondaria di primo grado (o inferiore)
- Scuola secondaria di secondo grado (o superiore)

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

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

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

Attività Curricolari: sono le attività didattiche e formative incluse nel curriculum ufficiale della scuola, cioè quelle che rientrano nell'offerta formativa ordinaria e programmata dell'istituzione scolastica.

Attività Extracurricolari: sono le attività esterne al curriculum ordinario, ma comunque promosse o organizzate dalla scuola nell'ambito della propria autonomia; si tratta di attività integrative, di ampliamento o arricchimento dell'offerta formativa.

Attività Extrascolastiche: le attività non comprese nelle Attività Scolastiche e durante il relativo tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e i luoghi di svolgimento di tali attività.

Attività Scolastiche: l'insieme delle Attività Curricolari e delle attività Extracurricolari

B

Beneficiario: la persona fisica designata in Polizza dall'Assicurato che riceve la prestazione prevista dal Contratto di Assicurazione in caso di decesso dell'Assicurato indennizzabile a termini di Polizza. In difetto di designazione l'Assicuratore considera come Beneficiario gli eredi legittimi o testamentari.

C

Carenza: il periodo parte del Periodo di Assicurazione 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.

Certificato di Assicurazione: il documento riepilogativo delle principali condizioni di Polizza emesso dall'Assicuratore a conferma della stipula della Polizza Collettiva e dell'operatività della copertura assicurativa.

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/Assicurato. In questo caso non ci sono Costi di Intermediazione.

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.

Contraente: il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione con l'Assicuratore, nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Conclusione del Contratto: la sottoscrizione del presente Contratto da parte dell'Assicurato o del Contraente.

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

D

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

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.

Decorrenza: la data dalla quale la Polizza diventa operante e ha inizio l'Assicurazione.

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

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.

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, limitatamente alla propria posizione assicurativa.

E

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

Evento: il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'Assicurazione e che determina la richiesta delle Prestazioni Assicurate incluse quelle di assistenza.

F

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

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

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

Caso b):

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

Caso c):

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

Caso d):

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

Caso e):

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

I

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

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

Intermediario: l'Intermediario assicurativo, Conad Discovery Srl, iscritto alla sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi (R.U.I.) al n° A000760026, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di Legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente Contratto di Assicurazione.

Insegna Conad: Conad – Conad City – Conad Superstore – Spazio Conad, Taday Spesa facile, che espongono il materiale pubblicitario della promozione e il sito e-commerce spesaonline.conad.it con insegna HEY CONAD.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica o la casa di cura, sia pubblici che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza medica chirurgica. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.

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

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

L

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.

M

Malattia: stato patologico di alterazione dello stato di salute, non dipendente/consequente ad Infortunio, la cui manifestazione si presenti per la prima volta dopo la Decorrenza della presente Assicurazione e durante la validità della copertura.

Malattia Pregressa/Recidiva/ Preesistente/Condizione Medica Preesistente: qualsiasi stato patologico, difetto fisico, Malattia o alterazione dello stato di salute preesistente rispetto alla Decorrenza della copertura assicurativa, anche in forma Recidiva, per cui la sua ultima manifestazione è avvenuta nei 12 mesi antecedenti l'Evento causa del Sinistro fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico, come definito nella Sezione 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

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

O

Oblio oncologico: per diritto all'oblio oncologico si intende il diritto della persona che sia stata affetta da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né sottoporsi a visite mediche di controllo o accertamenti sanitari, né subire valutazioni o conseguenze contrattuali in relazione a tale patologia, quando siano decorsi i termini previsti Legge 7 dicembre 2023 n. 193 (la "Legge") e dai relativi decreti attuativi.

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, consultabile sul sito internet dell'Assicuratore al seguente link: https://www.chubb.com/content/dam/it/tabella-delle-patologie_oblio-oncologico.pdf.

Per "conclusione del trattamento attivo della patologia" si intende, in assenza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Successivamente a tali termini, non sarà considerata patologia pregressa ai fini del Contratto di Assicurazione e le informazioni eventualmente acquisite in precedenza non potranno essere utilizzate per la valutazione del rischio, la determinazione delle condizioni contrattuali.

P

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo intercorrente tra la data di effetto e la data di scadenza della Polizza.

Polizza: il documento che prova il Contratto di Assicurazione.

Polizza Collettiva/Convenzione: il Contratto di Assicurazione gestito dall'Intermediario.

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

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.

R

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

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

Ricovero: la permanenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura per un periodo di almeno 24 ore consecutive e/o la degenza 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.. Resta 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.

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di Legge di richiedere al soggetto che ha causato il Danno l'Indennizzo liquidato.

S

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

Sinistro: il verificarsi dell'Evento Dannoso Assicurato.

T

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

Tutore Immobilizzante: Apparecchio ortopedico, variamente modellato in acciaio, cuoio, materie plastiche, con finalità di sostegno, correzione e sussidio funzionale.

V

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

SEZIONE 2 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni del Contraente

L'Assicuratore garantisce le Prestazioni oggetto del presente Contratto e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente e dall'Assicurato, che pertanto devono manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio come definito nella Sezione 1 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Dichiarazioni inesatte o reticenze possono comportare sia la mancata liquidazione dell'Indennizzo o un Indennizzo ridotto, sia il Recesso o l'annullamento del Contratto, secondo quanto previsto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice civile. È fatto salvo il diritto all'Oblio Oncologico.

Art. 2 Variazioni di Rischio

Il Contraente è tenuto a comunicare per il tramite dell'Intermediario e per iscritto all'Assicuratore le situazioni che comportano in modo oggettivo l'Aggravamento del Rischio, la sua Diminuzione o in ogni caso la variazione delle condizioni che rilevano per l'esecuzione del Contratto, per permettere all'Assicuratore la valutazione di una rimodulazione del Premio e, più in generale, della prosecuzione del rapporto contrattuale. Le variazioni rilevanti sono quelle che hanno un'incidenza sulla gravità e sull'intensità del Rischio assicurativo tale da alterare l'equilibrio tra il Rischio stesso e il Premio.

Art. 3 Pagamento e Regolazione del Premio

// omissis – non rilevante per l'Assicurato //

Art. 4 Effetto e durata del Contratto

Effetto e Durata del Contratto:

// omissis – non rilevante per l'Assicurato //

Effetto e Durata della Copertura Assicurativa per ogni singolo Assicurato:

La copertura assicurativa per ogni Assicurato ha una durata pari a 60 giorni, con Decorrenza dalla data di Adesione alla Polizza. Per aderire alla Polizza, l'Aderente deve, entro 7 giorni dall'emissione di uno scontrino fiscale, legato alla propria carta Insieme, di importo $\geq$ € 30,00 relativo all'acquisto presso i negozi ad Insegna Conad, accedere o registrarsi (qualora non fosse già attiva l'utenza digitale della carta Insieme) sul sito internet www.conad.it, e compilare il form di attivazione.

Si evidenzia che nel form, il cliente potrà visualizzare lo scontrino degli ultimi 7 giorni di importo più elevato. L'Adesione è riservata ai clienti di Conad che siano iscritti al programma fedeltà. Al termine dei 60 giorni, la copertura decade automaticamente (senza tacito rinnovo). Le coperture attivate durante l'efficacia del Contratto restano in vigore anche dopo la cessazione del Contratto stesso, fino alla scadenza del periodo di copertura dell'Assicurato, pari a 60 giorni dalla data di Adesione con le modalità di cui sopra.

Art. 5 Comunicazione degli Assicurati

// omissis – non rilevante per l'Assicurato //

Art. 6 Gestione della Polizza

La gestione della presente Polizza è in carico al Contraente o all'Intermediario a cui è stata eventualmente affidata; pertanto, ogni inserimento in copertura viene raccolto dal Contraente o dall'Intermediario e l'Assicuratore si impegna a riconoscere i dati di cui all'Art. 5 ai fini dell'inserimento degli Assicurati in copertura. Allo stesso modo anche le eventuali modifiche o aggiornamenti verranno raccolte dal Contraente o dall'Intermediario. Le comunicazioni di altra natura potranno essere effettuate dall'Aderente o dall'Assicurato direttamente all'Assicuratore.

Tutti i rapporti e le comunicazioni inerenti alla presente Polizza saranno effettuati tempestivamente per conto dei singoli Assicurati da parte dell'Intermediario o del Contraente o, in sua o loro assenza, saranno effettuati dall'Aderente o dall'Assicurato direttamente all'Assicuratore. In caso di contrasto tra le comunicazioni all'Assicuratore fatte dall'Intermediario e quelle fatte dall'Assicurato, prevarranno queste ultime.

Art. 7 Altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avesse in corso o stipulasse con altre compagnie di Assicurazione o con l'Assicuratore.

Tuttavia, qualora uno o più rischi garantiti con la presente Polizza fossero coperti da altre assicurazioni da chiunque contratte, la presente Assicurazione viene prestata in Secondo Rischio e cioè per l'eccedenza rispetto a quanto dovuto da tali altre polizze.

È vietata l'Adesione multipla alla Polizza per lo stesso periodo di copertura.

Art. 8 Foro competente

// omissis – non rilevante per l'Assicurato //

In caso di controversie con l'Assicurato in merito al presente Contratto, sarà competente il Foro del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 9 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente. Le imposte indicate nel Certificato di Assicurazione sono calcolate in base al tasso in vigore per ramo ministeriale al momento della sottoscrizione del Contratto.

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

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

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

Art. 11 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o Assicurato è tenuto (ad eccezione dei flussi informativi di cui all'Art. 5) sono valide solo se fatte per iscritto all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata.

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

Art. 12 Modalità di Comunicazione agli Assicurati delle Condizioni di Assicurazione

Le condizioni contrattuali previste dalla presente Polizza sono disponibili sul sito internet messo a disposizione da Conad. Sarà responsabilità del Contraente o dell'Intermediario garantire che l'aderente possa esercitare il proprio diritto a prendere visione delle Condizioni di Assicurazione mediante supporto cartaceo o digitale.

Art. 13 Dati Personali

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

TABELLA DELLE GARANZIE E DEGLI INDENNIZZI

Le Garanzie si intendono operanti solo se richiamate nel Certificato di Assicurazione.

Garanzie	Indennizzi e Massimali
Indennità da Ricovero a seguito di infortunio	
Validità della Garanzia	Per tutti gli Assicurati
Somma Assicurata	Importo pari a 7 volte (7x) il valore intero ⁽¹⁾ dello scontrino riscattato, fino a € 750
Franchigia	Relativa, Temporale 2gg ⁽²⁾
Limiti	Pagamento una-tantum in unica soluzione
Indennità da Immobilizzazione a seguito di Infortunio	
Validità della Garanzia	Per tutti gli Assicurati
Somma Assicurata	Importo pari a 7 volte (7x) il valore intero ⁽¹⁾ dello scontrino riscattato, fino a € 750
Franchigia	Relativa, Temporale 2gg ⁽²⁾
Limiti	Pagamento una-tantum in unica soluzione
Decesso da infortunio	
Validità della Garanzia	Per tutti gli Assicurati
Somma Assicurata	Importo pari a 20 volte (20x) il valore intero ⁽¹⁾ dello scontrino riscattato, fino a € 20.000, con un minimo di € 3.000
Franchigia	=
Limiti	Cumulabile con altre garanzie
Invalità Permanente da infortunio	
Validità della Garanzia	Per tutti gli Assicurati
Somma Assicurata	Importo pari a 20 volte (20x) il valore intero ⁽¹⁾ dello scontrino riscattato, fino a € 20.000, con un minimo di € 3.000
Franchigia	3% Assoluta
Limiti	Cumulabile con altre garanzie (per Decesso solo la parte residuale di massimale)

(1) Il valore in euro riportato sullo scontrino riscattato, al netto dei decimali. Esempio: per uno scontrino di € 125,67, il valore di riferimento sarà € 125.

(2) Alla Garanzia si applica una Franchigia Relativa temporale pari a 2 giorni; quindi, viene indennizzato solo il Ricovero superiore a 2 giorni, mentre ogni Ricovero inferiore o uguale a 2 giorni non sarà oggetto di Indennizzo.

SEZIONE 3 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 14 Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione copre le conseguenze derivanti dagli eventi di seguito elencati attraverso le garanzie di cui all'Art. 16 ad esclusione degli eventi occorsi durante le Attività scolastiche e durante il relativo tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione e i luoghi di svolgimento di tali attività.

L'Assicurazione comprende le seguenti garanzie:

- Morte a seguito di Infortunio
- Invalidità Permanente da Infortunio
- Indennità da immobilizzazione a seguito di infortunio
- Ricovero in Istituto di Cura a seguito di infortunio

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non derivanti da eventi esplicitamente esclusi dal presente Contratto:

- l'asfissia causata dall'azione imprevista di gas o vapori;
- le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive;
- l'asfissia meccanica, compreso l'annegamento;
- il congelamento, colpo di calore, colpo di sole.

Art. 15 Persone Assicurabili

Sono Assicurate solo le persone fisiche che rispondono a tutte le seguenti condizioni:

- figli conviventi dell'Aderente il quale dev'essere iscritto al programma di fedeltà Conad e deve aver aderito al Contratto secondo le modalità di cui all'Art. 4 oltre ad essere stato oggetto delle comunicazioni di cui all'Art. 5.
- residenti o domiciliate in Italia, Repubblica di San Marino o Città Stato del Vaticano con un'età compresa tra i 3 anni e gli 21 anni compiuti.
- Studenti frequentanti il ciclo di studi primari (infanzia, primaria) o secondari (di I e II grado):
 - o Scuola infanzia
 - o Scuola primaria
 - o Scuola secondaria di primo grado (o inferiore)
 - o Scuola secondaria di secondo grado (o superiore)

Art. 16 Prestazioni Assicurate

16.1 Indennità da Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato subisse un Ricovero in un Istituto di Cura l'Assicuratore verserà all'Assicurato un'Indennità una-tantum in un'unica soluzione pari a 7 (sette) volte l'importo intero dello scontrino fiscale, quindi al netto dei decimali, utilizzato per l'Adesione alla Polizza e fino al Massimale indicato nella Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi.

Alla presente garanzia è applicata una Franchigia temporale relativa pari a 2 giorni dove per giorno si intende almeno 24 ore consecutive e/o un pernottamento.

Esempio di funzionamento di garanzia Ricovero in Istituto di Cura da Infortunio:

Caso a):

Ricovero dalle ore 10:00 del 1° gennaio alle ore 20:00 del 3 gennaio: si applica la Franchigia Relativa temporale di 2 giorni e non è dovuto alcun Indennizzo.

Caso b)

Ricovero dalle ore 10:00 del 1° gennaio alle ore 20:00 del 10 gennaio: il periodo è superiore alla Franchigia Relativa temporale di 2 giorni, si ha diritto all'Indennizzo.

16.2 Indennità da Immobilizzazione a seguito di Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio, all'Assicurato fosse applicata una Gessatura o un tutore immobilizzante equivalente, l'Assicuratore liquiderà all'Assicurato stesso l'Indennità riportata sulla "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

Per infortuni che abbiano per conseguenze fratture al viso, alle costole o lussazioni della spalla saranno considerate come gesso le applicazioni di tutori e le fasciature di ogni genere.

La garanzia è prestata con la Franchigia prevista all'interno della "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

16.3 Decesso da Infortunio

Qualora, a seguito di Infortunio avvenuto durante il Periodo di Assicurazione che provochi la morte dell'Assicurato e purché ciò avvenga entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio si è verificato, l'Assicuratore liquiderà ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari (secondo le quote ad essi spettanti nell'ambito della successione dell'Assicurato) un'Indennità una-tantum in unica soluzione pari a 20 (venti) volte l'importo intero dello scontrino fiscale, quindi al netto dei decimali, utilizzato per l'Adesione alla Polizza e con i limiti e Massimale indicato nella Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi.

Morte presunta

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e, a seguito di Infortunio si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquiderà la Somma Assicurata, ma la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termine degli Artt. 60 e 62 del Codice Civile. Resta inteso che, se successivamente al pagamento del capitale da parte dell'Assicuratore, dovesse risultare che l'Assicurato fosse vivo, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione delle somme erogate. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita.

16.4 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

Se l'Infortunio dell'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente, e purché questa condizione si verifichi entro 730 giorni dalla data in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore liquida per tale titolo una-tantum in unica soluzione, 20 (venti) volte l'importo intero dello scontrino fiscale, quindi al netto dei decimali, utilizzato per l'Adesione alla Polizza moltiplicato per la percentuale di Invalidità Permanente determinata secondo la Tabella INAIL, con i limiti e il Massimale indicato nella Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi, con esclusione comunque di ogni e qualsiasi invalidità conseguente a Malattia professionale. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 giorni dal giorno dell'Infortunio. Tale garanzia è prestata con l'applicazione della Franchigia indicata nella "Tabella delle garanzie e degli indennizzi". Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla Tabella INAIL per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore Sinistro e viceversa. La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata Tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta Tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in 1/3 della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta Tabella, l'Indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente. Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili, al più tardi entro 730 (settecentotrenta) giorni dal giorno dell'Infortunio.

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

Cumulo di Indennità

Se dopo il pagamento di una Indennità per Invalidità Permanente, ma entro 730 giorni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, l'Assicuratore corrisponderà ai Beneficiari o agli aventi diritto la differenza tra l'Indennità già corrisposta a titolo di Invalidità Permanente e quella assicurata per il caso di decesso, ove questa sia superiore, e non ne chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'Indennità per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato decede per causa indipendente dall'Infortunio dopo che l'Indennità sia già stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, l'Assicuratore erogherà agli eredi legittimi o testamentari diritto l'importo liquidato od offerto, secondo le quote ad essi spettanti nell'ambito della successione dell'Assicurato. Se viceversa il decesso per causa indipendente dall'Infortunio avviene prima che l'Assicuratore abbia effettuato l'accertamento medico-legale volto a determinare il grado di Invalidità Permanente, pertanto prima che l'Indennità sia liquidata od offerta, gli eredi o gli aventi diritto avranno comunque la facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante consegna all'Assicuratore di adeguata documentazione idonea ad accertare l'Invalidità Permanente prima del decesso.

Esempio di funzionamento di garanzia Invalidità Permanente a seguito di Infortunio:

Caso a):

Grado di Invalidità Permanente del 2%: si applica la Franchigia Assoluta del 3% e non è dovuto alcun Indennizzo.

Caso b)

Grado di Invalidità Permanente del 10%: viene superata la Franchigia Assoluta del 3%, viene quindi riconosciuto l'Indennizzo dovuto.

SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Art. 17 Persone Non Assicurabili e Limiti di Età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, non abbiano compiuto i 3 anni di età o che abbiano già compiuto i 21 anni d'età per tutte le garanzie. Qualora l'Assicurato superi i limiti di età in corso di copertura, l'Assicurazione manterrà la sua validità fino al termine previsto.

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, non siano conviventi con l'Aderente e che non stiano frequentando il ciclo di studi primari (infanzia, primaria) o secondari (di I e II grado).

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

L'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. Ciò premesso, si dà atto che il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal denunciare difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del Contratto o dell'inserimento in Copertura o che dovessero in seguito sopravvenire.

Art. 18 Limiti Territoriali

L'Assicurazione è valida per gli Infortuni occorsi in qualsiasi Paese del mondo.

Art. 19 Eventi non considerati Infortuni assicurati

Non saranno considerati Infortuni i seguenti eventi: sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) e sindromi correlate, ictus, rottura di aneurisma cerebrale, insufficienza cardiaca o infarto del miocardio, embolia cerebrale o emorragia meningea, contagi.

Art. 20 Criteri di ammissibilità dei referti medici

Ai fini della valutazione medica attestante l'Infortunio non è ammessa documentazione medica emessa dal coniuge (per matrimonio o unione civile), dal convivente more uxorio o figlio/a, da parente/affine fino al 2° grado o da un suo socio in affari o collega subordinato nella gerarchia organizzativa dove l'Assicurato svolge l'attività professionale.

Art. 21 Criteri di Indennizzabilità

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

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

Art. 22 Esclusioni

22.1 Esclusioni generali applicabili a tutte le garanzie

L'assicurazione non opera per gli infortuni occorsi durante lo svolgimento delle Attività Scolastiche, nonché per quelli verificatisi durante il tragitto di andata e ritorno tra l'abitazione dell'Assicurato e i luoghi di svolgimento di tali attività.

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- Malattie Pregresse e Recidive e Infortuni da esse causate e Condizioni Patologiche Preesistenti;
In proposito, si ricorda tuttavia che, conformemente alla Legge 7 dicembre 2023 n. 193 ("Legge sull'oblio") l'Assicurato ha il diritto di non fornire informazioni relative al suo stato di salute concernenti patologie oncologiche

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

da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di Recidiva, da più di dieci anni dalla richiesta (o cinque, se la patologia sia insorta prima del ventunesimo anno di età o il diverso termine inferiore stabilito con il decreto emesso ai sensi dell'art. 5 della Legge sull'oblio). L'Assicuratore non può richiedere informazioni relative alle vecchie patologie ("vecchia patologia oncologica"), non può acquisire le relative informazioni da fonti diverse dall'Assicurato e, qualora ne sia in possesso per ragioni precedenti, non può utilizzarle.

- Eventi pregressi alla stipula della Polizza e/o recidivi e/o degenerativi
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- epilessia o le seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organiche-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidi e gli Infortuni da essi causati;
- eventi derivanti da stato di intossicazione acuta da droghe o alcool;
- eventi derivanti da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- atti di temerarietà, suicidio o tentato suicidio, compresi gli atti di autolesionismo;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- infortuni occorsi durante la pratica di attività sportive a titolo professionale o per le quali l'Assicurato percepisca qualsiasi forma di remunerazione o compenso.
- sport che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco, ancorché sportive;
- pratica di sport aerei in genere (ad esempio, ultraleggeri, deltaplano, parapendio, paracadutismo, wingsuit);
- attività sportive svolte senza le necessarie autorizzazioni (ad esempio brevetti e licenze);
- sport estremi in generale;
- uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquee;
- sport comportanti l'uso di veicoli motorizzati o di natanti a motore;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti;
- epidemie e pandemie dichiarate dall'Organismo Mondiale della Sanità (OMS) o da altro ente preposto;
- eventi derivanti dall'inosservanza delle prescrizioni e indicazioni mediche;
- eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale;
- eventi derivanti trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- eventi derivanti dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere nazionale.

22.2 Esclusioni applicabili alla garanzia "Ricovero Ospedaliero da Infortunio"

Sono esclusi dalla presente Assicurazione:

- i ricoveri, per cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici;
- i ricoveri per applicazioni di carattere estetico (salvo che siano rese indispensabili a seguito di Infortunio);
- le cure dentarie, le cure fisioterapiche, le cure del sonno, le anomalie congenite e le alterazioni da esse determinate o derivate;
- i ricoveri in stabilimenti termali, case di soggiorno, riposo, convalescenza o Istituti di cura che non rispondono alle caratteristiche di cui alla definizione di Istituto di Cura;
- la permanenza in pronto soccorso non seguita da un Ricovero;
- i ricoveri per effettuare ricerche, analisi rituali o periodiche (check-up) non determinati quindi da Sinistro indennizzabile.

22.3 Limite catastrofale valido per la garanzia "Decesso da Infortunio" e "Invalidità Permanente a seguito di Infortunio"

Qualora a seguito del medesimo Evento, più Assicurati fossero vittime di Infortunio, **il valore complessivo dell'Indennizzo corrisposto dall'Assicuratore nel corso della medesima annualità del Contratto non potrà in ogni caso superare € 1.000.000.** Se il valore totale degli Indennizzi da riconoscere fosse superiore a tale importo, i singoli Indennizzi verranno liquidati nei limiti di esaurimento del predetto Massimale aggregato.

****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, Cuba e Crimea.

SEZIONE 5 – DENUNCIA DI SINISTRO

Art. 23 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

La Denuncia di ogni Sinistro deve essere presentata dall'Assicurato, entro 15 (quindici) giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi ne abbiano avuto la possibilità, all'Assicuratore o all'Intermediario cui la Polizza è assegnata. In caso di Denuncia del Sinistro all'Assicuratore, l'Assicurato può inoltrare la Denuncia scritta a mezzo:

- online, sul sito <https://emea.studio.chubb.com/myaccount/it/default/travel/default/it-IT> (non utilizzabile da cellulare o browser safari)
- via e-mail, a Heyconadassicurazioni.sinistri@chubb.com
- via posta, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Chubb European Group, Ufficio Sinistri, Via Fabio Filzi, 29 20124 Milano

La Denuncia deve indicare luogo, giorno e ora del Sinistro. L'Assicurato dovrà 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.

L'Assicurato dovrà inoltre fornire nello specifico:

- certificato medico attestante l'Infortunio;
- copia del verbale delle Autorità Pubbliche intervenute dopo l'incidente;
- lettera di dimissioni ospedaliere (SDO);
- certificato medico che attesti l'applicazione della immobilizzazione presso le Strutture Ospedaliere (per la garanzia Indennità da Immobilizzazione);
- certificato di rimozione della immobilizzazione presso le Strutture Ospedaliere (per la garanzia Indennità da Immobilizzazione).

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

L'Assicuratore potrà richiedere all'Assicurato di sottoporsi ad accertamenti e controlli medici, di fornire informazioni e di produrre, ove occorra, copia della cartella clinica completa redatta nel luogo di cura. Se il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di Ricovero in Istituti di Cura, la relativa Denuncia deve effettuarsi con le modalità indicate in Polizza, entro 15 (quindici) giorni dal Ricovero. La domanda di liquidazione, corredata della documentazione richiesta, deve essere presentata all'Assicuratore, a pena di decadenza della garanzia, entro il trentesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.

Art. 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 del presente Contratto di Assicurazione.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, del Contraente/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.

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

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, a meno che la decisione del Collegio sia a favore dell'Assicurato, per cui in tal caso tutti i costi e gli oneri relativi alla nomina del Collegio Medico e ai relativi compensi, resteranno a carico dell'Assicuratore. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Art. 25 Prova

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

Art. 26 Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il Danno e ricevuta tutta la necessaria documentazione in relazione al Sinistro, l'Assicuratore provvede al pagamento entro 30 giorni dal momento in cui sono stati acquisiti tutti gli elementi necessari ai fini della valutazione del Sinistro. Gli Indennizzi vengono corrisposti in Euro nell'ambito dell'Unione Europea.

=====

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



Ai sensi e per gli effetti degli Art. 1341 e 1342 c.c. il Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare espressamente le disposizioni di cui ai seguenti articoli di Polizza:

Art. 3 Pagamento e Regolazione del Premio del Premio
Art. 4 Effetto e durata del Contratto
Art. 17 Persone Non Assicurabili e Limiti di Età
Art. 18 Limiti Territoriali
Art. 21 Criteri di Indennizzabilità
Art. 22 Esclusioni
Art. 23 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro
Art. 24 Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, letto e compreso le Condizioni Particolari consegnate prima della stipula del presente Contratto di Assicurazione.

IL CONTRAENTE

Informativa sul trattamento dei Dati Personali

Ai sensi della vigente normativa nel quadro del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale in materia di Dati Personali), noi di Chubb European Group SE – Sede Secondaria e Direzione Generale della Società in Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano – Titolare del trattamento – trattiamo i Dati Personali da Lei forniti o raccolti tramite soggetti da noi autorizzati, come per esempio gli intermediari assicurativi, per le finalità connesse alla sottoscrizione e gestione delle polizze, nonché per la valutazione di eventuali richieste di Indennizzo derivanti dal verificarsi di un Sinistro.

I dati che potranno essere da noi trattati, per sottoscrivere e poi gestire le polizze da Lei richieste, sono Dati Personali identificativi e di recapito, quali ad esempio il Suo nome, cognome, indirizzo, numero di Polizza, o dati che riguardano controversie civili o condanne penali e reati, così come, previo Suo consenso, dati ricadenti in categorie particolari quali – per esempio – i dati inerenti al Suo stato di salute (di seguito tutti insieme i "Dati") nell'ipotesi in cui ciò sia necessario al fine di valutare l'entità del Sinistro, definire il livello di Rischio assicurativo ed in generale adempiere ad ogni Sua specifica richiesta. In assenza di tali dati, non saremo in grado di stipulare, né prendere in carico e gestire, alcun genere di Polizza. Inoltre, in dipendenza del tipo di copertura da Lei richiesto, potremo trattare i dati di eventuali soggetti da Lei indicati quali assicurati o beneficiari, cui tale informativa pure è rivolta, fermo restando che Chubb European Group SE raccoglierà direttamente anche il consenso di tali soggetti nel caso in cui sia necessario in base alla vigente normativa.

Inoltre, tenuto conto che le condizioni di questa Polizza sono riservate a clienti che siano titolari di una carta fedeltà a marchio Conad, qualora Lei presenti la Sua carta al momento della stipula della Polizza e fornisca a Chubb European Group SE il Suo specifico ed espresso consenso a tal fine, quest'ultima comunicherà i dati connessi alla sottoscrizione e alla gestione della Polizza alla sola Cooperativa socia di CONAD che ha emesso e gestisce la Sua carta fedeltà, affinché la stessa possa trattarli, in qualità di autonomo titolare, per tutte le finalità connesse al relativo programma di fidelizzazione. Precisiamo che i dati che potranno essere comunicati per la suddetta finalità, solo previo Suo esplicito consenso, sono quelli inerenti la stipula della Polizza e la sua successiva gestione, inclusi i dati relativi ai sinistri aperti, ad eventuali interazioni col Customer Care di Chubb European Group SE o reclami presentati, con rigorosa esclusione della trasmissione di qualsiasi dato appartenente a categorie particolari, come quelli relativi alla Sua condizione di salute. Resta inteso che la Cooperativa socia di CONAD che ha emesso e gestisce la carta fedeltà da Lei eventualmente associata al momento della stipula della Polizza, una volta ricevuti i dati da Chubb European Group SE, li tratterà quale autonomo titolare per le finalità connesse alla gestione del programma di fidelizzazione, ivi incluse quelle di marketing e di profilazione, nei limiti dei consensi da Lei eventualmente già prestati. Resta inteso che in ogni momento potrà revocare tale consenso, impedendo ogni ulteriore comunicazione dei Suoi dati da parte di Chubb alla Cooperativa socia di CONAD competente, restando salvi i trattamenti effettuati fino al momento della revoca.

Fermo quanto sopra, al fine di favorire un'efficiente gestione del programma di fidelizzazione da parte della Cooperativa socia di CONAD che ha emesso la carta fedeltà da Lei presentata al momento della stipula della Polizza, Chubb European Group SE intende permetterle di visualizzare agevolmente, tramite la Sua area riservata MyConad, i soli dati essenziali identificativi della Polizza stessa. A tal fine, Chubb European Group SE, sulla base del legittimo interesse della Cooperativa socia di CONAD competente a facilitare il reperimento di queste informazioni essenziali da parte dei propri clienti nelle proprie pagine personali sui canali digitali a marchio CONAD, comunicherà alla stessa i seguenti dati: il numero della Sua carta fedeltà, la tipologia di Polizza stipulata e la data di relativa attivazione e scadenza. Resta fermo il fatto che l'accesso a tali informazioni è riservato alla persona autorizzata ad accedere all'area MyConad utilizzando le proprie credenziali.

Per lo svolgimento delle sole finalità amministrative e contrattuali, i Suoi Dati potranno essere comunicati alle altre società del Gruppo anche ubicate all'estero adottando, a garanzia dei diritti degli interessati, le clausole contrattuali tipo per il trasferimento di Dati Personali verso paesi terzi adottate dalla Commissione Europea. Al fine di adempiere alle richieste derivanti dalla gestione della Polizza, ci avvaliamo anche di soggetti terzi autorizzati al trattamento dei Suoi Dati che operano secondo e nei limiti delle istruzioni da noi impartite, in qualità di responsabili del trattamento.

Chubb European Group SE, Sede legale: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia – Capitale sociale €896.176.662 i.v. – Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 – 20124 Milano – Tel. 02 27095.1 – Fax 02 27095.333 – P.I. e C.F. 04124720964 – R.E.A. n. 1728396 – Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS 1.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com – www.chubb.com/it

I Suoi Dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione delle finalità sopra descritte (la invitiamo a leggere la nostra informativa estesa, al seguente link, <https://www.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.html>, per maggiori dettagli sui tempi di conservazione dei Suoi dati).

Lei ha diritto di accedere ai Suoi Dati in ogni momento, opporsi al trattamento dei medesimi, chiederne la rettifica, la modifica e/o cancellazione ed esercitare il diritto alla limitazione dei trattamenti e il diritto alla portabilità dei dati. A tale fine può rivolgersi a Chubb European Group SE – Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Fabio Filzi 29 – 20124 Milano (MI) – Tel. 02-270951– Fax: 02-27095333 o contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali all'indirizzo dataprotectionoffice.europe@chubb.com. Da ultimo, Le ricordiamo che Le spetta anche il diritto di proporre Reclamo all'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali.

L'Informativa completa sul trattamento dei Dati da parte di Chubb European Group SE, con l'indicazione dettagliata delle basi giuridiche del trattamento è disponibile sul nostro sito internet www.chubb.com/it o direttamente al seguente link <https://www.chubb.com/it-it/footer/privacy-statement.html>. È altresì possibile richiedere una copia cartacea dell'Informativa completa in ogni momento, inviando una email a: dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Come presentare un Reclamo

All'Assicuratore	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Assicuratore, ai seguenti indirizzi: Chubb European Group SE – Ufficio Reclami – Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com L'Assicuratore fornirà riscontro al Reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso. Eventuali reclami riguardanti la gestione dei Sinistri devono essere inoltrati via posta, telefono o e-mail ai seguenti contatti: Crawford & Company Italia Srl – Via Francesco Albani 21 – 20149 Milano (MI) Telefono: 02.48194663 Email: chubb.reclami@crawco.it PEC: crawfordandcompanyitalia@legalmail.it
All'IVASS	Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS – Servizio Tutela degli Utenti – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al Reclamo trattato dall'Assicuratore. Il modello per presentare un Reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.IVASS.it, alla sezione "Per il Consumatore – Come presentare un Reclamo" o al seguente link: https://www.IVASS.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei Danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en.

Conad Discovery

CONAD DISCOVERY S.r.l.

P.IVA 04141191207 Bologna

Via Michelino 59 - 40127 - Bologna

CONAD DISCOVERY SRL è un Intermediario assicurativo, iscritto alla Sezione A del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi con numero A000760026, e soggetto alla vigilanza dell'IVASS. Consulta gli estremi dell'iscrizione al sito www.ivass.it.

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
www.chubb.com/it

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.