

safe4beauty

Contratto di Assicurazione delle Complicanze da Medicina Estetica

ed. 10/2021

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

Condizioni di Assicurazione

CHUBB®

INDICE

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA.....	2
SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6
Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente	6
Articolo 2 - Pagamento del Premio di assicurazione	6
Articolo 3 - Inizio e termine della copertura assicurativa. Facoltà di recesso	6
Articolo 4 – Forma delle comunicazioni e del contratto	7
Articolo 5 – Altre assicurazioni.....	7
Articolo 6 - Intermediario	7
Articolo 7 - Oneri fiscali	7
Articolo 8 - Foro competente	7
Articolo 9 – Legge applicabile al contratto.....	7
SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE.....	8
Articolo 10 - Oggetto dell'assicurazione	8
Articolo 11 – Garanzie Assicurate	9
Articolo 12 – Condizioni di Assicurabilità	9
Articolo 13 - Persone non assicurabili	11
Articolo 14 – Inizio del trattamento	11
Articolo 15 – Trattamenti di infiltrazione.....	11
Articolo 16 - Esclusioni di copertura	12
SEZIONE 5: DENUNCIA DEI SINISTRI	13
Articolo 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	13
Articolo 18 - Pagamento dell'Indennizzo.....	13

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo (o a cui si fa riferimento nel DIP e DIP Aggiuntivo), assumono il seguente significato:

A

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, Direktion für Österreich, Kärntner Ring 5-7, 1010 Wien, Austria.

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.

Certificato 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 per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

Complicanze Assicurate: le complicanze non prevedibili di un Intervento Assicurato che rendano necessarie ulteriori cure mediche durante il Periodo 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.

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 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 Effetto: la data di esecuzione dell'Intervento Assicurato.

Data di Stipula: le ore 24 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di stipulare il presente contratto di assicurazione. La data è riportata sul Certificato di Assicurazione.

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.

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.

Disdetta: la comunicazione che il Contraente o l'Assicuratore invia all'altra parte per manifestare la propria volontà di interrompere un contratto.

E

Emergenza: alterazione straordinaria delle condizioni di benessere dell'Assicurato tale da metterne in pericolo la vita 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

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 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.

Intermediario: 4beauty digital GmbH, 2nd floor Palazzo Marignoli, Piazza di San Silvestro 8, 00187 Rome, regolarmente autorizzato ad operare ai sensi di legge, che presta la sua opera di intermediazione in relazione al presente contratto di assicurazione.

Intervento Assicurato: un trattamento o un intervento chirurgico di medicina estetica non prescritto da un medico.

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: ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie previste dal contratto di assicurazione.

P

Periodo di Assicurazione: il periodo di tempo intercorrente tra la Data di Effetto e la data di scadenza del presente Contratto di Assicurazione. Il periodo di assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato sul Certificato di Assicurazione. Il Periodo di Assicurazione viene determinato in fase di stipula del Contratto di Assicurazione e può essere pari a 12, 24 o 36 mesi, ridotto a 90 giorni in caso di un Intervento Assicurato che sia un trattamento di infiltrazioni.

Perito: il libero professionista che può essere incaricato di valutare la natura e stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. Il perito è di norma un medico legale incaricato della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato.

Polizza: il documento che prova il presente 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, in base al quale 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. 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.

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso 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.

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, acquisisce dal Contraente prima della stipula del Contratto di Assicurazione ogni informazione utile ad identificare le sue richieste ed esigenze assicurative, al fine di valutarne la coerenza rispetto al contratto offerto. L'Intermediario presenta il prodotto assicurativo al Contraente in una forma comprensibile fornendo informazioni oggettive al fine di consentirgli di prendere una decisione informata. Inoltre, l'Intermediario accerta che il Contraente sia consapevole delle principali caratteristiche ed Esclusioni della copertura assicurativa prestata dal presente Contratto di Assicurazione. In ogni caso, prima dell'adesione, il Contraente prende visione della documentazione pre-contrattuale messa a sua disposizione.

Prima della Stipula il Contraente deve dichiarare correttamente tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio da parte dell'Assicuratore. Qualora sia Assicurato non solo il Contraente ma anche altra persona, le dichiarazioni dovranno comprendere anche tale altra persona.

****Avvertenza****

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per la conclusione del 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.

Articolo 2 - Pagamento del Premio di assicurazione

Il Premio è unico e diviene esigibile immediatamente.

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio all'Intermediario a decorrere dalla Data di Stipula, entro e non oltre la Data di Effetto, vale a dire entro e non 14 giorni dalla data di esecuzione dell'Intervento Assicurato.

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.

Articolo 3 - Inizio e termine della copertura assicurativa. Facoltà di recesso

Il Contratto di Assicurazione s'intende stipulato alle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore, per il tramite dell'Intermediario, ha raccolto la volontà del Contraente di aderire. La copertura assicurativa inizia automaticamente nel giorno in cui l'Intervento Assicurato viene eseguito.

La copertura assicurativa ha un Periodo di Assicurazione di durata fissa pari a 12, 24 o 36 mesi (a scelta del Contraente in fase di stipula del Contratto di Assicurazione), ridotta a 90 giorni in caso di trattamenti che prevedano infiltrazioni. Tale durata decorre dal giorno di esecuzione dell'Intervento Assicurato.

La copertura assicurativa cessa automaticamente allo scadere del Periodo di Assicurazione.

Dopo la Data di Stipula ed entro i 14 giorni successivi, il Contraente avrà facoltà di esercitare il Diritto di Recesso, rivolgendosi all'Intermediario e comunicando la sua volontà per iscritto. Oltre tale termine il Contratto di Assicurazione non potrà essere annullato.

In caso di esercizio del Diritto di Recesso, il Contratto sarà automaticamente annullato dalla Data di Stipula e l'Assicuratore rimborserà al Contraente l'eventuale Premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento del Premio.

Esempio del funzionamento del Diritto di Recesso:

Il Contraente decide di aderire alla proposta formulata dall'Intermediario stipulando il contratto di assicurazione il giorno 15 aprile 2021. Entro le ore 24 del 29 aprile 2021, il Contraente potrà revocare la propria adesione, ottenendo il rimborso del premio eventualmente già pagato.

La sottoscrizione del Certificato 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 nel presente articolo.

Articolo 4 – Forma delle comunicazioni e del contratto

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti sono valide solo se fatte per iscritto all'Intermediario oppure all'Assicuratore. Qualunque modifica delle Condizioni di Assicurazione non è valida se non risulta da atto di variazione del Contratto di Assicurazione sottoscritto dalle Parti.

Articolo 5 – Altre assicurazioni

Il Contraente ha l'obbligo di denunciare all'Assicuratore altre assicurazioni già stipulate o che saranno stipulate con altri assicuratori a copertura del medesimo rischio coperto dal presente Contratto di Assicurazione.

Articolo 6 - Intermediario

L'Intermediario gestisce il presente Contratto di Assicurazione ed è autorizzato da parte dell'Assicuratore a ricevere comunicazioni, dichiarazioni di volontà e pagamenti da parte del Contraente, nonché è tenuto a trasmetterli senza ritardo all'Assicuratore. Ogni pagamento effettuato dal Contraente all'Intermediario s'intenderà come effettuato all'Assicuratore.

Articolo 7 - Oneri fiscali

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

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. Per qualsiasi controversia relativa alla validità, interpretazione o esecuzione del presente contratto, si farà ricorso alla procedura di mediazione prevista dal D. Lgs. n. 28 del 04/03/2010. L'organismo di mediazione verrà scelto di comune accordo tra gli organismi di mediazione approvati dal Ministero di Giustizia.

Articolo 9 – Legge applicabile al contratto

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

SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 10 - Oggetto dell'assicurazione

Il presente Contratto di Assicurazione garantisce all'Assicurato, nei limiti dei Massimali indicati nelle tabelle sotto riportate, una copertura assicurativa per gravi complicanze in seguito a interventi chirurgici o trattamenti di carattere estetico non prescritti da un medico (di seguito le "Complicanze Assicurate") che rendano necessarie ulteriori cure mediche durante il Periodo di Assicurazione, a condizione che:

- le Complicanze Assicurate insorgano durante il Periodo di Assicurazione in conseguenza di un Intervento Assicurato; e
- le Complicanze Assicurate siano conseguenza di un Intervento Assicurato e non siano coperte dal sistema sanitario nazionale (SSN) o da un'assicurazione sanitaria privata o da qualsiasi altra indennità a disposizione dell'Assicurato. Se l'Assicurato ha un'assicurazione sanitaria privata e/o ha diritto a un'indennità, la presente assicurazione copre nel caso in cui la copertura dei costi derivanti dalle Complicanze Assicurate venga rifiutata; e
- le Complicanze Assicurate non potessero essere attese come conseguenza dell'Intervento Assicurato, nonché siano gravi, oggettivamente constatate da un medico abilitato e richiedano una cura medica necessaria che vada oltre quanto programmato all'interno del contratto relativo all'Intervento Assicurato.

Le Complicanze Assicurate comprendono la fibrosi capsulare di grado 3 e 4 (Baker).

Tutti i trattamenti di cura di una Complicanza Assicurata attribuibile a un Intervento Chirurgico verranno considerati un singolo Sinistro.

La copertura assicurativa opera nei limiti dei Massimali riportati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" dell'art. 2) che segue.

Tipo di Trattamento	Massimale	Cfr. Articolo
1. Trattamenti ambulatoriali curativi e di emergenza ¹	costi comprovati, nei limiti degli importi indicati nella tabella B) a seconda del tipo di costo, massimo € 10.000 per ogni Complicanza Assicurata ²	12.a.1
2. Trattamenti con ricovero in cliniche private (fino a 48 ore) ¹	costi comprovati, nei limiti degli importi indicati nella tabella B) a seconda del tipo di costo, massimo € 10.000 per ogni Complicanza Assicurata ²	12.a.2
3. Trattamenti con ricovero in ospedali pubblici (SSN) o privati accreditati col sistema sanitario nazionale (SSN) ¹	in eccesso al SSN, massimo € 300.000	12.a.3
4. Spese di viaggio (sopra 50 km)	costi comprovati, massimo € 300 se con auto € 0,39 per km, massimo € 300	12.b
5. Costi di biopsia (fibrosi capsulare)	costi effettivi	12.c
Trattamenti con infiltrazioni:		
Trattamento con corticosteroidi	costi comprovati, fino a € 500	12
Se il trattamento con corticosteroidi non porta a una guarigione o non può essere utilizzato	costi comprovati, fino a € 1.500	12
Tipo di Costo	Indennizzo massimo	
Costi medici post-operatori senza intervento chirurgico	€ 1.000,00 per trattamento	
Costi medici post-operatori con anestesia locale	€ 700,00 per trattamento/intervento chirurgico	
Costi medici post-operatori	€ 1.300,00 per intervento chirurgico	
Costi medici post-operatori compreso reimpianto	€ 2.200,00 per intervento chirurgico	
Costi di anestesia	€ 550,00 per intervento chirurgico	

Sala operatoria	€ 250,00 per intervento chirurgico
Retta di degenza a notte/spese di pernottamento (massimo 3 notti)	€ 150,00 per intervento chirurgico
Importo massimo aggregato per complicanza/Sinistro	€ 10.000,00 per Complicanza Assicurata

¹ L'Assicuratore potrà richiedere la prova della non indennizzabilità da parte dell'assicurazione sanitaria.

² In caso siano eseguiti più trattamenti, si applica l'importo indicato nella lista "Tipo di Trattamento".

Articolo 11 – Garanzie Assicurate

Il presente Contratto di Assicurazione assicura quanto segue (nei limiti dei Massimali indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi" riportata nell'articolo precedente):

- a) Rimborsare spese mediche: vengono rimborsate sia le spese mediche per i trattamenti per le cure mediche necessarie delle Complicanze Assicurate sia, per quanto possibile, per produrre il risultato originario programmato relativo all'Intervento Assicurato. Sono coperte:
1. Spese per trattamenti ambulatoriali curativi e di emergenza: vengono rimborsate le spese solo dopo la presentazione di un preventivo, che sarà oggetto di revisione e specifica approvazione da parte dell'Assicuratore, tranne nel caso di trattamenti di Emergenza, nel qual caso il preventivo non è necessario. L'Assicuratore potrà richiedere copia della richiesta di rimborso o di presa in carico inviata dall'Assicurato alla propria assicurazione o cassa di assistenza sanitaria. La presente copertura opera in eccesso a quanto indennizzato dall'assicurazione o cassa di assistenza sanitaria, fino all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".
 2. Ricovero ospedaliero in cliniche private: vengono rimborsate le spese per brevi degenze ospedaliere (fino ad un massimo di 48 ore) dopo la presentazione di un preventivo, che sarà oggetto di revisione e specifica approvazione da parte dell'Assicuratore, tranne nel caso di trattamenti di Emergenza, nel qual caso il preventivo non è necessario. L'Assicuratore potrà richiedere copia della richiesta di rimborso o di presa in carico inviata dall'Assicurato alla propria assicurazione o cassa di assistenza sanitaria. La presente copertura opera in eccesso a quanto indennizzato dall'assicurazione o cassa di assistenza sanitaria, fino all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".
 3. Ricovero ospedaliero in ospedali pubblici (SSN) o privati accreditati col sistema sanitario nazionale (SSN): viene rimborsata solo la parte di spese che non sia coperta o indennizzabile dal sistema sanitario nazionale (SSN) o dall'assicurazione sanitaria privata o cassa di assistenza sanitaria dell'Assicurato (in eccesso al SSN). La garanzia non comprende altre spese per prestazioni aggiuntive (quali ad esempio il pernottamento in stanza singola o il trattamento da parte del primario). L'Assicurato dovrà fornire copia della richiesta di rimborso o di presa in carico inviata dall'Assicurato alla propria assicurazione o cassa di assistenza sanitaria. Tale richiesta è condizione essenziale per l'efficacia dell'assicurazione. La presente copertura opera in eccesso a quanto garantito dal SSN e/o indennizzato dall'assicurazione o cassa di assistenza sanitaria, fino all'importo indicato nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

In caso di trattamenti con infiltrazioni, qualora si tratti di trattamento con corticosteroidi, o nel caso in cui il trattamento con corticosteroidi non porti a una guarigione o non possa essere utilizzato, la copertura opera fino agli importi indicati nella "Tabella delle Garanzie e degli Indennizzi".

- b) Spese di viaggio: vengono rimborsate le comprovate spese di viaggio sostenute dall'Assicurato per raggiungere il medico o l'istituto di cura curante se distante più di 50 km dal luogo dove l'Assicurato si trovi quando le Complicanze Assicurate rendano necessarie le cure mediche.
- c) Costi di biopsia in caso di fibrosi capsulare: vengono rimborsate le spese per fornire all'Assicuratore la prova del grado di fibrosi capsulare tramite biopsia. Nel caso in cui l'Assicurato o il medico curante si avvalga del laboratorio indicato dall'Assicuratore, l'Assicurato non dovrà anticipare la spesa.

Articolo 12 – Condizioni di Assicurabilità

L'assicurazione viene prestata alle seguenti condizioni:

- **L'Assicurato sia residente in Italia;** e

- l'Assicurato abbia stipulato un contratto di assistenza medica relativo all'Intervento Assicurato e tale intervento venga eseguito da un medico specializzato in chirurgia estetica abilitato in Italia e ivi residente, o comunque stabilmente operante in Italia in forza di un contratto di collaborazione con un istituto di cura autorizzato ad operare in Italia; e
- il presente Contratto di Assicurazione sia stipulato prima dell'inizio dell'Intervento Assicurato; e
- sia l'Intervento Assicurato che le cure mediche relative alle Complicanze Assicurate siano eseguite in Italia.

• SEZIONE 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 13 - Persone non assicurabili

Non possono essere assicurate le persone che non abbiano ancora compiuto i 18 anni.

Non possono inoltre essere assicurate le seguenti persone:

- In caso di Interventi Assicurati di aumento del seno:
 - persone che abbiano già sofferto di fibrosi capsulare di qualsiasi grado;
 - persone che abbiano già avuto aumenti del seno nei 2 anni precedenti alla Data di Stipula e abbiano sofferto di complicanze di qualunque tipo.
- In caso di Interventi Assicurati con trattamenti di infiltrazioni:
 - persone con malattie autoimmuni;
 - persone con herpes, acne o infiammazioni cutanee;
 - persone con aumentato rischio di coagulazione del sangue ("emofiliaci" e/o che assumono di diluenti del sangue);
 - persone con nota allergia o intolleranza all'acido ialuronico;
 - donne in stato di gravidanza e in allattamento.

Articolo 14 – Inizio del trattamento

La copertura assicurativa opera a condizione che il primo trattamento medico necessario per curare le Complicanze Assicurate inizi durante il Periodo di Assicurazione e termini entro e non oltre 24 mesi dalla data di inizio. A tal fine si precisa che non è sufficiente una semplice diagnosi della Complicanza Assicurata. I trattamenti eseguiti oltre 24 mesi non sono assicurati.

Articolo 15 – Trattamenti di infiltrazione

Qualora l'Intervento Assicurato consista in un trattamento di infiltrazione:

- se durante il Periodo di Assicurazione viene effettuato un nuovo trattamento di infiltrazione nella stessa area corporea, il presente Contratto di Assicurazione si risolve ai sensi dell'art. 1353 C.C. (senza obbligo di preventiva comunicazione da parte dell'Assicuratore), e pertanto la copertura assicurativa cessa con effetto dalla data del nuovo trattamento. Resta fermo l'obbligo dell'Assicuratore di restituire il Premio;
- se l'Assicurato ha sottoscritto un abbonamento di 3 trattamenti da effettuarsi nello stesso anno civile (inteso come 1/01-31/12), l'assicurazione è valida alle seguenti condizioni:
 - il terzo trattamento di infiltrazione deve essere eseguito in tale anno; e
 - per ogni trattamento l'assicurazione dura 90 giorni dalla relativa esecuzione, a condizione che nella stessa area corporea non venga effettuato alcun altro trattamento o intervento (vale a dire un trattamento o intervento diverso dal trattamento di infiltrazione previsto dall'abbonamento). Se invece tale successivo trattamento o intervento non è il trattamento di infiltrazione previsto dall'abbonamento, il presente Contratto di Assicurazione si risolve ai sensi dell'art. 1353 C.C. (senza obbligo di preventiva comunicazione da parte dell'Assicuratore), con effetto dalla data di esecuzione del trattamento precedente. Resta fermo l'obbligo dell'Assicuratore di restituire la parte di Premio relativa al Periodo di Assicurazione non goduto;
 - l'assicurazione cessa 90 giorni dopo l'esecuzione del terzo trattamento, indipendentemente dall'anno civile o dal Periodo di Assicurazione.

Si precisa che quanto sopra si applica solo nel caso vengano eseguiti 3 trattamenti nell'anno solare, pertanto l'Assicuratore non sarà obbligato alla restituzione del Premio se ne vengono eseguiti meno di 3.

Articolo 16 - Esclusioni

Sono esclusi dalla presente assicurazione:

- a. complicanze in conseguenza di qualunque intervento chirurgico o trattamento che sia prescritto da un medico, o in conseguenza di Infortuni o Malattia;
- b. complicanze in conseguenza di negligenze, errori medici o di trattamento, mala esecuzione e/o inadempienze contrattuali che riguardino l'Intervento Assicurato;
- c. complicanze in conseguenza di difettosità o vizi di un prodotto;
- d. costi relativi a trattamenti abitualmente eseguiti dopo un Intervento Assicurato;
- e. complicanze in conseguenza di qualunque intervento chirurgico o trattamento finalizzato a ripristinare il risultato originario di un Intervento Assicurato in seguito a una Complicanza Assicurata (ad esempio per inserire nuovi impianti dopo fibrosi capsulare di grado 3 o 4);
- f. complicanze che guariscono o possono guarire senza assistenza medica (la copertura assicurativa non sussiste neanche nel caso in cui l'Assicurato sia stato comunque assistito da un medico), nonché trattamenti eseguiti per complicanze per le quali non sussiste la necessità medica o sanitaria di cura, che l'Assicuratore si riserva di accertare mediante esame medico;
- g. complicanze derivanti dalla colposa inosservanza da parte dell'Assicurato delle raccomandazioni di comportamento impartite dal medico curante;
- h. insoddisfazione per il risultato dettata esclusivamente alla percezione soggettiva dell'Assicurato;
- i. cure e soggiorni in stabilimenti termali, case di convalescenza, sanatori;
- j. fibrosi capsulare di grado 1 e 2 (Baker);
- k. complicanze derivanti dall'intenzionale compimento o tentativo di compimento di reati o di atti di auto-lesionismo;
- l. rigonfiamento o proliferazione cicatriziale. La presente esclusione non si applica tuttavia a rigonfiamento o proliferazione cicatriziale che derivi da una Complicanza Assicurata, per cui l'assicurazione è prestata fino ad un massimo di € 300,00 per Intervento Assicurato;
- m. asimmetrie e deformità, intese come risultati visivamente insoddisfacenti dell'Intervento Assicurato dopo il completamento del trattamento previsto dal contratto di assistenza medica relativa a tale intervento. Tuttavia, le asimmetrie dovute a cambiamenti patologici verificabili che hanno portato a menomazioni visibili (per esempio, rilassamento muscolare) sono coperte dall'assicurazione;
- n. lesioni nervose, parestesia (formicolio, prurito, pizzicore, ecc.), intorpidimento e disturbi della sensibilità;
- o. danni alla salute dovuti a radiazioni;
- p. trattamenti di infiltrazione non interamente eseguiti da medici abilitati o altro personale medico specificamente abilitato;
- q. in caso di lifting della palpebra: perdita della vista;
- r. in caso di lifting facciale: perdita dei capelli;
- s. in caso di trattamenti di infiltrazione: danni dovuti a reazioni psicologiche.

****Avvertenza****

Chubb European Group SE non sarà tenuta a prestare copertura né sarà obbligata 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 la esponesse 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 o degli Stati Uniti d'America.

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.

SEZIONE 5: DENUNCIA DEI SINISTRI

Articolo 17 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

In caso di complicanza che possa prevedibilmente far insorgere un Sinistro coperto dalla presente assicurazione, l'Assicurato dovrà immediatamente consultare un medico e seguire le sue prescrizioni. L'Assicurato dovrà avvisare per iscritto l'Intermediario immediatamente all'insorgere della complicanza o dopo aver consultato il medico, al più tardi prima dell'inizio del trattamento di cura.

Ogni denuncia di sinistro dovrà essere inoltrata per iscritto al seguente indirizzo:

4beauty Digital GmbH, Böckingstraße 4, 51063 Köln.

La denuncia di sinistro dovrà rappresentare dettagliatamente la Complicanza Assicurata e il relativo trattamento di cura e dovrà essere corredata da ogni documentazione e informazione ad essa connessa, compresi gli originali delle fatture di spesa (anche se precedentemente inviati all'assicurazione o cassa di assistenza sanitaria che hanno rigettato il rimborso, la presa in carico o l'indennizzo delle spese). L'Assicurato s'impegna a inviare tempestivamente ogni ulteriore informazione e documentazione che l'Assicuratore e/o l'Intermediario potranno richiedere e prestare tutta la collaborazione possibile.

Prima dell'inizio di ogni trattamento, l'Assicurato dovrà inviare all'Assicuratore una stima dei costi fornita dal medico curante.

In caso di fibrosi capsulare, l'Assicurato dovrà fornire prova del grado tramite bipsia (i cui costi sono oggetto di copertura ai sensi dell'articolo 11) lettera c). La biopsia del tessuto dovrà essere eseguita al più tardi durante l'intervento chirurgico di fibrosi capsulare.

L'Assicurato dovrà immediatamente inoltrare all'Intermediario ogni comunicazione ricevuta dalla propria assicurazione o cassa di assistenza sanitaria con cui la stessa rigetti il rimborso, la presa in carico o l'indennizzo delle spese per i trattamenti di cura delle Complicanze Assicurate. L'Assicuratore potrà richiedere di opporsi a tale rifiuto, eventualmente anche per via giudiziaria, nel qual caso l'Assicurato sarà obbligato a seguire l'indicazione dell'Assicuratore. Si precisa che i costi connessi a tale opposizione saranno a carico dell'Assicuratore.

L'inadempimento di uno degli obblighi previsti al presente articolo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Articolo 18 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e valutato il danno dopo aver ricevuto tutta la necessaria documentazione, l'Assicuratore si obbliga a comunicare per iscritto all'Assicurato se il Sinistro è indennizzabile e in quale misura entro 30 giorni dalla ricezione della relativa denuncia corredata da almeno i seguenti documenti:

- preventivo costi del medico curante;
- dettagli sul tipo e completamento del trattamento curativo;
- consenso al trattamento dei dati personali;
- eventuale liberatorie o autorizzazioni in merito ad accordi di riservatezza;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria come richiesta di volta in volta dall'Assicuratore;
- se richiesto dall'Assicuratore, copia della richiesta di rimborso o di presa in carico inviata dall'Assicurato alla propria assicurazione o cassa di assistenza sanitaria.

Entro i 14 giorni successivi, sempre che non sia stata fatta opposizione, l'Assicuratore provvede al pagamento dell'indennizzo mediante bonifico sul conto corrente dell'Assicurato, che l'Assicurato avrà provveduto a comunicare all'atto della denuncia del Sinistro. Il pagamento effettuato secondo la predetta modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

Chubb. Insured.SM

Chubb European Group SE è una società soggetta alle disposizioni normative del Codice delle assicurazioni francese, registrata con il numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre, sede legale: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia. Chubb European Group SE ha un capitale sociale di € 896.176.662 ed è soggetta all'autorizzazione e regolamentazione dell'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4°, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09. L'attività in Austria è regolamentata dalla FMA, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Rappresentanza generale per l'Austria, Firmenbuchnummer FN 241268g Handelsgericht Wien. Rappresentante Legale: Walter Lentsch. DVR-Nr.: 2111276, UID-Nr.: ATU 61835214. Citibank Europe plc, Austria Branch, IBAN: AT131814000001871021, BIC: CITIATWX