

Polizza Rimborso Spese Sanitarie

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Sanitaria Aziende

Data di realizzazione: gennaio 2019 - Ultimo Aggiornamento: gennaio 2019
Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



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

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

Zurich Insurance plc – Rappresentanza Generale per l'Italia. Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari – Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano – tel. +39.0259661 – Fax +39.0259662603. Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066. C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968.

Sito: www.zurich.it - Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it.

Con riferimento al bilancio di esercizio 2017, il patrimonio netto è pari a 2.199 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.191 milioni di euro ed è definito applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP).

L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, conforme alla normativa Solvency II, è del 135% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

Per le informazioni sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al seguente indirizzo: <http://www.zurich.it/avvisi-clienti/SFCRReport.htm>.

Di seguito l'ammontare del:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.933 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 870 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.615 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.487 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

ESTENSIONI

Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa” e FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici”

Day Hospital	In caso di degenza in regime di Day Hospital resa necessaria da Malattia o Infortunio in Istituto di cura diurno, Zurich rimborsa le spese per assistenza medica, infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché per i medicinali somministrati durante la degenza stessa.
Diarie sostitutive	Zurich corrisponde un'indennità di 250 euro per ogni giorno di Ricovero in Istituto di cura.
Correzione della vista	La presente garanzia viene prestata esclusivamente per gli Assicurati che abbiano un grado di miopia pari o superiore alle 6 diottrie per ciascun occhio.
Terapie oncologiche	Zurich rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente effettuate in regime di Ricovero o di Day Hospital.
Protesi ortopediche e apparecchi acustici	La garanzia si intende estesa all'acquisto di protesi e apparecchi acustici sino alla concorrenza di 1.000,00 euro.

Assistenza infermieristica professionale domiciliare	Zurich si obbliga nei confronti dell'assicurato a rimborsare le spese sostenute per remunerare un infermiere domiciliare, a seguito di Ricovero documentato.
Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso	Zurich rimborsa cure ambulatoriali di Pronto Soccorso, assistenza medica e trasporto in ambulanza dell'assicurato, presso istituto di cura che non comporti Ricovero.
Spese per il rimpatrio della salma	Zurich rimborsa il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero dell'Assicurato, avvenuto durante il ricovero per evento indennizzabile a termini di polizza.
Garanzia FORMA C "Indennità da ricovero"	
Parto non cesareo	In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta fino ad un massimo di sette giorni di degenza per evento.
Frattura ossea	<p>a) In caso di ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso la casa di cura che l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile del paziente, Zurich liquida la diaria pattuita per la degenza sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 90 giorni per sinistro;</p> <p>b) In caso di frattura ossea documentata, Zurich liquida la diaria pattuita per la degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile del paziente, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 90 giorni; - in caso non sia necessaria l'applicazione del mezzo di contenzione, di cui al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di degenza per ogni giorno di inabilità: integralmente in caso di inabilità totale, al 50% in caso di inabilità temporanea parziale.
Garanzia FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici" e FORMA C "Indennità da Ricovero"	
Convalescenza	Copertura assicurativa in caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'assicurato dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero indennizzabile nei termini di Polizza.
Copertura gratuita per i neonati	I neonati nel periodo di validità della Polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita.
Eventi naturali all'estero	A parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 19 lettera I), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche.
Rischio di guerra all'estero	A parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 19 lettera I), la garanzia assicurativa si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
Garanzia "complementare sanitaria"	
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a Ricovero	L'assicurazione si intende prestata per: a) Onorari medici per visite specialistiche; b) Analisi ed esami diagnostici di laboratorio.
Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	L'assicurazione si intende prestata per alcune specifiche prestazioni ospedaliere espressamente descritte in Polizza.
Garanzia FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici" e per la garanzia "complementare sanitaria"	
Forma integrativa	L'Assicurazione si intende prestata a integrazione del fondo di Assistenza indicato sulla scheda di Polizza e nei termini, limiti e condizioni della Polizza.



Che cosa NON è assicurato?

Garanzia FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa" e FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici"

Esclusioni sempre operanti

L'Assicurazione non è operante per:

- eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;

	<ul style="list-style-type: none"> • infortuni conseguenti ad atti dolosi dell'assicurato; • infortuni derivanti dalla pratica di motociclismo.
Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa” e FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici”	
Day Hospital	Il Day Hospital non è operante se riferito ai soli fini diagnostici.
Diaria sostitutiva	La degenza in Day Hospital non è soggetta alla predetta indennità.
Correzione della vista	La garanzia non è operante per gli assicurati che abbiano un grado documentato di Miopia inferiore alle 6 diottrie per ciascun occhio.
Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”, FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici” e FORMA C “Indennità da ricovero”	
Convalescenza	La garanzia non è operante se non prescritta dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.
Copertura gratuita per i neonati	La copertura assicurativa non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.
Eventi naturali all'estero	Sono esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.
Rischio di guerra all'estero	Non operante se e in quanto l'Assicurato non risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici.
Garanzia aggiuntiva “complementare sanitaria”	
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a ricovero	L'Assicurazione non è prestata per onorari medici per le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.
Prestazioni di alta diagnostica	Non operante in caso di laserterapia diretta alla correzione della vista.
Garanzia aggiuntiva FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”	
Franchigia	Non sarà applicata sulla liquidazione della diaria sostitutiva prestata disciplinante l'estensione “Day Hospital”.



Ci sono limiti di copertura?

Garanzia forma A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”

Trasporto dell'Assicurato presso gli istituti di cura per il Ricovero	Garanzia prestata entro il limite di 1.500,00 euro per persona e per evento.
Spese necessarie all'intervento o dopo la cessazione del Ricovero	Garanzia prestata entro il limite di 100 giorni successivi al Ricovero stesso.

Garanzia FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici”

Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici	Zurich assicura entro il limite della somma indicata sulla scheda di polizza esclusivamente in occasione di Grande Intervento chirurgico rientrante nel relativo capitolo, sino a concorrenza del massimale assicurato.
---	---

Garanzia FORMA C “Indennità da ricovero”		
Indennità da ricovero	La liquidazione dell’indennità giornaliera risultante dalla scheda di polizza viene corrisposta per ciascun giorno di degenza, per la durata massima di 360 giorni.	
Frattura ossea	Nel caso di frattura ossea documentata nei quali non sia necessario il mezzo di contenzione inamovibile del paziente, tendente all’immobilizzazione della parte, l’inabilità accertata sarà liquidata al 60% a totale e per il restante 40% a parziale, e con il massimo di 60 giorni per sinistro.	
Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”, FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici” (Condizioni particolari)		
Diaria sostitutiva	Zurich corrisponde tale indennità per un periodo massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo, se tutte le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.	
Correzione della vista	La garanzia è prestata fino a concorrenza di 1500 euro per anno assicurativo con l’applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 100,00 euro per ogni sinistro.	
Assistenza infermieristica professionale domiciliare	Il Rimborso è riconosciuto per un periodo massimo di trenta giorni a seguito di Ricovero fino a concorrenza massima di 50 euro al giorno.	
Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso	In caso di cure ambulatoriali di Pronto Soccorso presso Istituto di cura a seguito di Infortunio o Malattia che non comporti il Ricovero, Zurich rimborsa le spese con il massimo di 2.500,00 euro per evento.	
Spese per il rimpatrio della salma	Zurich rimborsa le spese per il rimpatrio della salma sino alla concorrenza di 3.000,00 euro, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo.	
Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”, FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici” e FORMA C “Indennità da ricovero” (Condizioni particolari)		
Convalescenza	In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell’Assicurato dall’Istituto di cura, Zurich corrisponde una indennità giornaliera di 30 euro, sino a un massimo di giorni pari a quelli del Ricovero e comunque non oltre i 30 giorni.	
Copertura gratuita per i neonati	I neonati sono gratuitamente assicurati dal momento della loro nascita e sino alle ore 24 del 60° giorno successivo.	
Rischio di guerra all’estero	La garanzia assicurativa prestata all’estero si intende valida per un periodo massimo di 14 giorni dall’inizio delle ostilità.	
Garanzie aggiuntiva “Complementare sanitaria”		
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a ricovero	La presente garanzia si intende prestata fino alla concorrenza di 1.000,00 euro, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno e per ciascun assicurato.	
Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	La presente garanzia aggiuntiva si intende prestata fino alla concorrenza di 2.000,00 euro intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun assicurato.	
Garanzia aggiuntiva FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”, FORMA B “Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici” per la garanzia “complementare sanitaria”		
Forma integrativa	In caso di non utilizzo delle relative prestazioni, le coperture della presente Polizza sono operanti con uno scoperto del 25% con il minimo di 60 euro, quando: a) l’Assicurato non si sia rivolto agli enti suddetti; b) l’Assicurato pur essendosi rivolto agli Enti suddetti, non abbia alcun Rimborso.	
Garanzia FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”	Ove non diversamente concordato, l’assicurazione per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:	
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)
		Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Trasporto dell’assicurato (e)	-
		1.500,00 euro per evento

	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato (g)	-	2.000,00 euro per sinistro e per anno assicurativo
	Parto fisiologico o cesareo avvenuto in Istituto di Cura (h)	-	4.000,00 euro per anno
	Ricovero e/o intervento chirurgico per adenoidi e tonsille (l)	-	3.000,00 euro per ciascun evento
	Ricovero e/o Intervento chirurgico per appendici, varici, ernie, emorroidi e aborto terapeutico	-	6.000,00 euro per ciascun evento
Garanzia "Condizioni particolari sempre operanti valide per l'Assicurazione Sanitaria FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Correzione della vista	20% con il minimo di 100,00 euro	1.500 euro per ciascun anno
	Terapie oncologiche	20% con il minimo di 100,00 euro	5.000,00 euro per ciascun anno
	Protesi ortopediche	100,00 euro	1.000,00 euro per ciascun anno
	Assistenza infermieristica professionale domiciliare	-	50 euro al giorno per un periodo massimo di 30 giorni
	Spese ambulatoriali	-	2.500,00 euro per evento
	Spese per il rimpatrio della salma	-	3.000,00 euro per ciascun anno
Garanzia "Complementare sanitaria"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Coperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Analisi ed esami diagnostici di laboratorio	20% e minimo non indennizzabile di 50 euro per sinistro	1.000,00 euro per ciascun anno
Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% e minimo non indennizzabile di 50 euro per sinistro	2.000,00 euro per ciascun anno	
Garanzia aggiuntiva a FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici e a garanzia complementare sanitaria"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
Forma integrativa nei casi: a) l'Assicurato non si sia rivolto agli Enti suddetti b) l'Assicurato pur essendosi rivolto agli Enti suddetti, non abbia alcun Rimborso	25% e minimo indennizzabile di 60 euro	-	

Garanzia aggiuntiva FORMA A “Rimborso Spese Mediche in forma completa” con franchigia	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Prestazioni in caso di Ricovero Con o senza intervento chirurgico	2.500,00 euro per ogni sinistro da applicarsi sulle spese effettivamente sostenute	-



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro per iscritto all'Intermediario assicurativo di riferimento o alla Zurich entro 5 giorni dallo stesso o da quando ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.</p> <p>La denuncia deve essere presentata a cura ultimata e deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la descrizione dell'evento; • tutta la documentazione medica comprendente anche l'indicazione della natura e del tipo di cure prestate. <p>Se il Contraente o l'Assicurato intende avvalersi delle Strutture Sanitarie o dell'Equipe Medica convenzionata deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Scegliere la struttura sanitaria tra quelle convenzionate Previmedical</u>. L'elenco di queste si trova consultando il sito www.previmedical.it o contattando il numero verde 800 916265 (+39 0422-1744125 dall'estero). 2. <u>Attivare il servizio</u>. Occorre aver già fissato un appuntamento con la Struttura Sanitaria e/o l'equipe medica convenzionata. <p>In caso di prestazioni sanitarie di ricovero è obbligatorio inviare il modulo di attivazione interamente compilato unitamente ad un certificato medico indicante la diagnosi della malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta; il tutto a mezzo fax al numero 0422 1744639 almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per la prestazione.</p> <p>Per le prenotazioni di prestazioni extraospedaliere previste in polizza ed a condizione che l'importo richiesto sia pari o superiore ad € 1.000,00 le richieste di prenotazione vanno fatte telefonando al numero verde 800 916265 (+39 0422-1744125 dall'estero), dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00 ed il sabato dalle 8:00 alle 12:00.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Le sole prestazioni fornite da enti/strutture convenzionate con Zurich sono quelle per le Prestazioni dirette fornite per il tramite di Previmedical.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>L'unica gestione dei sinistri da parte di altre imprese è quella per le Prestazioni dirette.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
	<p>Pagamento del sinistro</p> <p>- Rimborso delle spese sostenute</p> <p>Zurich effettua il pagamento di quanto dovuto al Contraente o all'Assicurato o ai suoi eredi a termini di polizza, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.</p> <p>In caso di divergenza sulla natura e origine della malattia è possibile attivare un Collegio medico.</p> <p>- Prestazione sanitaria di ricovero in rete convenzionata</p> <p>La Zurich paga direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, tramite la società di servizi Previmedical, le prestazioni alle Strutture Sanitarie ed all'Equipe medica convenzionate. Il tutto al netto di eventuale franchigia.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	

	A sua volta il Contraente o l'Assicurato deve pagare direttamente le spese per prestazioni non indennizzabili e deve rimborsare a Zurich le somme per pagamenti effettuati a istituti di cura e a medici per cui si accerti l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione nonché per i pagamenti eccedenti il massimale disponibile o per i quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.
--	--



Quando e come devo pagare?

Premio	Non sono presenti informazioni aggiuntive rispetto al DIP Danni.
Rimborso	In caso di recesso, indipendentemente da chi lo abbia effettuato, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, Zurich rimborserà al Contraente la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La garanzia decorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni; b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; c) dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze e gli stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione purchè dichiarati a Zurich all'atto della stipulazione della Polizza e salva diversa pattuizione; d) dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologia varicose e di parto. <p>Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.</p> <p>Qualora l'assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età.</p>
Sospensione	Il contraente non può sospendere le garanzie tuttavia l'assicurazione resta automaticamente sospesa se il contraente non paga le rate di premio successive alla prima, a partire dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto di Zurich al pagamento dei premi scaduti, a parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Dopo ogni denuncia di Sinistro indennizzabile a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di liquidazione dell'inabilità temporanea, le Parti hanno facoltà di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni mediante comunicazione scritta.
Risoluzione	Non sono previste informazioni aggiuntive rispetto al DIP danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle aziende che intendono coprire i propri dipendenti dai rischi connessi alle spese ospedaliere sostenute con o senza intervento chirurgico ed extra-ospedaliere a seguito di malattia o infortunio.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 17,54%, calcolato sul premio lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>ZURICH INSURANCE plc Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Reclami Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano Fax numero: 02.2662.2243 E-mail: reclami@zurich.it PEC: reclami@pec.zurich.it</p> <p>È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai Reclami.</p> <p>La Compagnia deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.</p>
All'IVASS	<p>All'IVASS vanno indirizzati i reclami:</p> <ul style="list-style-type: none">- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia. <p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it</p> <p>Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it.</p> <p>Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (Central Bank of Ireland, www.centralbank.ie). Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.</p> <p>La convenzione di negoziazione assistita costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti E 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

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