

Zurich Fortuna 2.0

Contratto di Assicurazione
a copertura dei rischi: Infortuni, Invalidità
permanente da malattia e Assistenza.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 10.2021
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 10.2021
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 10.2021

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La Polizza assicura i Rischi Infortuni, Invalidità permanente da Malattia e Assistenza degli individui e della famiglia.



Che cosa è assicurato?

✓ **Infortuni:** le conseguenze degli *Infortuni* che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle *Attività professionali* e non professionali coperte.

Le garanzie *Infortuni* sono:

- **Invalidità permanente da Infortunio:** pagamento di un *Indennizzo* all'Assicurato in caso di *Invalidità permanente da Infortunio* che si verifichi entro due anni dall'*Infortunio* stesso.
- **Morte:** pagamento di un importo pari alla somma assicurata ai beneficiari designati dall'Assicurato, in caso di morte conseguente a *Infortunio*.
- **Inabilità temporanea:** pagamento di una diaria giornaliera all'Assicurato per un periodo massimo di 365 giorni in caso di *Inabilità temporanea da Infortunio*.
- **Spese di cura:** rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato a seguito di *Infortunio*.
- **Indennità Ricovero Ospedaliero:** pagamento all'Assicurato delle seguenti diarie: (i) diaria giornaliera per un massimo di 365 giorni durante il periodo di *Ricovero* (ii) diaria giornaliera post *Ricovero* per un periodo forfettario pari al doppio della durata del *Ricovero*, per un massimo di 60 giorni; (iii) diaria giornaliera in caso di applicazione di un *Apparecchio di contenzione*, sino alla data di rimozione dell'apparecchio e per un massimo di 60 giorni; e (iv) diaria giornaliera in caso di *Frattura ossea* per un massimo di 30 giorni.

Le garanzie **Morte**, **Inabilità temporanea**, **Spese di cura** e **Indennità Ricovero Ospedaliero** possono essere acquistate solo se è stata acquistata la garanzia **Invalidità permanente da Infortunio**.

Invalidità permanente da Malattia: pagamento di un *Indennizzo* all'Assicurato in caso di *Invalidità permanente da Malattia*, a condizione che quest'ultima si sia manifestata durante il periodo di efficacia della *Polizza*.

Assistenza Infortuni: questa garanzia opzionale può essere acquistata in abbinamento alla garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*. A seguito di *Infortunio* vengono fornite *Prestazioni* di Assistenza alla persona con possibilità di scelta tra una forma base ed una forma top.

La *Compagnia* risarcisce i danni fino a un importo massimo stabilito in *Polizza* (c.d. massimale).



Che cosa non è assicurato?

✗ Con riferimento alle garanzie *Infortuni*:

- persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., morbo di Parkinson, epilessia, tutte le demenze, demenza Alzheimer, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi;
- limitatamente ai soli *Rischi professionali*, le seguenti *Attività professionali*: atleta sportivo professionista, pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili, sub professionista, sommozzatore, palombaro, minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi, militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata, guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo, stuntman, controfigura, circense. Senel corso del periodo di validità della *Polizza* si verifichi un cambiamento dell'*Attività professionale* dichiarata dall'Assicurato, Zurich non corrisponderà alcun *Indennizzo* se l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'*Infortunio* rientri nell'elenco sopra riportato.



Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alle garanzie *Infortuni* sono esclusi quelli:

- ! conseguenti alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- ! conseguenti all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
- ! conseguenti alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- ! che si verifichino quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore, fatta eccezione per gli *Infortuni* subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'*Infortunio*; l'Assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'*Infortunio* stesso;
- ! che si verifichino durante viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di pilota, allievo pilota o membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
- ! che si verifichino quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;

Con riferimento alla garanzia *Invalidità permanente da Malattia* sono escluse:

- ! le *Malattie*, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipulazione della *Polizza*, e che non siano state dichiarate dall'Assicurato al momento della stipulazione della *Polizza* con dolo o colpa grave;
- ! le *Invalidità permanenti* preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione o derivanti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Per le restanti esclusioni si veda il Dip Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

Garanzie *Infortuni* e *Invalidità permanente da Malattia*: l'Assicurazione vale per i danni avvenuti in tutto il mondo.

Garanzia Assistenza *Infortuni*: le *Prestazioni* non sono fornite nei paesi che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione della *Polizza* il *Contraente* e, se persona diversa l'Assicurato, devono fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul *Rischio* da assicurare, verificando con attenzione l'esattezza delle dichiarazioni rese. In caso di acquisto della garanzia *Invalidità permanente da Malattia* il *Contraente* deve compilare il *Questionario anamnestico* in maniera precisa e veritiera. Nel corso della *Polizza* il *Contraente* e, se persona diversa l'Assicurato, devono comunicare immediatamente a Zurich o all'*Intermediario assicurativo* eventuali modifiche relativamente alle informazioni rese in precedenza, prestando particolare attenzione al cambiamento di professione dell'Assicurato. **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o volontariamente omesse, comprese quelle presenti nel *Questionario anamnestico*, o la mancata comunicazione delle variazioni alle informazioni rese in precedenza, possono comportare la perdita totale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.**
- Il *Contraente* e se persona diversa l'Assicurato, devono comunicare alla *Compagnia* l'esistenza o la successiva stipulazione di altre *Assicurazioni* per il medesimo *Rischio* e, in caso di *Sinistro*, devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. **L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'*Indennizzo*.**



Quando e come devo pagare?

Il *Premio* deve essere pagato alla *Compagnia* o all'*Intermediario assicurativo* al momento della sottoscrizione della *Polizza*. In caso di *Polizza* di durata annuale il *Contraente* può richiedere il frazionamento del *Premio* in rate semestrali senza alcun onere aggiuntivo, o in rate trimestrali o quadrimestrali con un onere aggiuntivo pari al 4% del *Premio*. Se la *Polizza* ha una durata inferiore all'anno solare il *Premio* deve essere pagato in un'unica soluzione. In caso di *Polizza* di durata poliennale il *Premio* può essere pagato o in un'unica soluzione (*Premio* unico anticipato) oppure periodicamente alle scadenze indicate in *Polizza* (*Premio* unico ricorrente).

Il *Premio* è interamente dovuto per tutta la durata della *Polizza* e può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante per l'importo massimo stabilito dalla legge.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alla data indicata in *Polizza* oppure alla data del pagamento del *Premio* o della prima rata di *Premio*, se successiva, può avere durata annuale, infrannuale o poliennale e finisce alla data indicata in *Polizza*. La copertura prevede tacito rinnovo annuale, salvo disdetta inviata da una delle parti con le modalità indicate alla sezione successiva.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere comunicata con lettera raccomandata da inviare almeno trenta giorni prima della scadenza originaria della *Polizza* oppure, per le *Polizze* che si siano già tacitamente rinnovate, prima di ciascuna scadenza annuale successiva.

Ciascuna parte può recedere dalla *Polizza* a seguito di *Sinistro*, con preavviso di 30 giorni, inviando una comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, fatta eccezione per la garanzia *Invalità permanente da Malattia*, per cui il recesso per *Sinistro* non è esercitabile.

In caso di *Polizza* di durata poliennale il *Contraente* non può recedere dalla *Polizza* per i primi cinque anni nel caso in cui la *Compagnia* abbia riconosciuto una riduzione di *Premio*. Trascorso il quinquennio il *Contraente* può recedere, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni.

Assicurazione per la protezione della persona a copertura dei Rischi Infortuni, Invalidità permanente da Malattia e Assistenza

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Fortuna 2.0

Data di ultimo Aggiornamento: ottobre 2021

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata disponibile.



ZURICH®

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 2020, il patrimonio netto è pari a 2.823 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.815 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 137% 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): 2.143 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 831 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.937 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.601 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il *Contraente*.

Infortuni

Invalidità permanente da Infortunio

Oltre alle informazioni fornite nel DIP base, si precisa che il grado di *Invalidità permanente* subito dall'Assicurato è determinato sulla base delle percentuali stabilite nella *Tabella di valutazione medico-legale* scelta, tra le due opzioni disponibili:

- *Tabella di valutazione medico-legale* Zurich;
- *Tabella di valutazione medico-legale* Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124.

La percentuale della somma assicurata da liquidare viene stabilita applicando il grado di *Invalidità permanente* determinata alla *Tabella di Indennizzo*. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata.

Le tabelle di *Indennizzo* disponibili, che si differenziano fra loro per *Franchigia* e valutazione/supervalutazione delle invalidità di grado più elevato, sono:

- *Tabella di Indennizzo 1 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% e supervalutazione;*
- *Tabella di Indennizzo 2 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% senza supervalutazione;*
- *Tabella di Indennizzo 3 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% e supervalutazione;*
- *Tabella di Indennizzo 4 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% senza supervalutazione;*
- *Tabella di Indennizzo 5 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 10%;*
- *Tabella di Indennizzo 6 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 20%;*
- *Tabella di Indennizzo 7 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 50%.*

	<p>È possibile scegliere fino a tre tabelle di <i>Indennizzo</i> tra quelle proposte ed associarvi tre distinte somme assicurate, con l'avvertenza che le tabelle di <i>Indennizzo</i> 1, 2, 3, e 4 sono alternative tra di loro.</p> <p>Inabilità temporanea</p> <p>Oltre alle informazioni fornite nel DIP si precisa che la garanzia può essere prestata unicamente per gli <i>Assicurati</i> che svolgono un lavoro imprenditoriale, libero professionale o autonomo e non può essere acquistata se scelte le opzioni con riduzione di <i>Premio</i> "Limitazione della garanzie ai soli <i>Rischi</i> professionali" o "Limitazione della garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali".</p> <p>Morte contestuale</p> <p>Se in un medesimo evento si verifica la morte per <i>Infortunio</i> di entrambi i genitori assicurati sulla stessa <i>Polizza</i>, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli minorenni o <i>Invalidi civili</i> espressamente indicati quali beneficiari, l'<i>Indennizzo</i> spettante per la garanzia Morte per ciascun genitore aumentato del 100%.</p> <p>Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro</p> <p>Se a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro a danno dell'<i>Assicurato</i> si verifica il decesso dell'<i>Assicurato</i> stesso, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli e/o al coniuge non legalmente separato espressamente indicati quali beneficiari la somma assicurata per il caso Morte aumentata del 50%.</p> <p>Ernie traumatiche</p> <p>La garanzia comprende l'invalidità derivante dalle ernie traumatiche alle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di <i>Inabilità temporanea</i>, ove prevista, fino a un massimo di 100 giorni; • qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di <i>Invalidità permanente</i> accertato, con il limite massimo del 10% dell'<i>Invalidità permanente</i> totale se indennizzabile a termini della tabella di liquidazione prestata. <p>Rotture tendinee sottocutanee</p> <p>Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale, e cuffia dei rotatori Zurich liquida il grado di invalidità pari al 4% con il massimo di € 6.000, senza l'applicazione delle <i>Franchigie</i> eventualmente previste.</p> <p>Malattie tropicali/malaria</p> <p>La garanzia è estesa all'<i>Invalidità permanente</i> derivante dal contagio di <i>Malattie tropicali</i>, diagnosticate dai medici curanti. La malaria si intende parificata alle <i>Malattie tropicali</i>.</p> <p>Le presenti garanzie sono prestate anche per gli <i>Infortuni</i> derivanti da <i>Attacchi Cyber</i>.</p>
<p>Malattia</p>	<p><i>Invalidità permanente da Malattia</i></p> <p>Oltre alle informazioni fornite nel DIP base, si precisa che il grado di <i>Invalidità permanente da Malattia</i> è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della <i>Malattia</i>, sulla base delle percentuali stabilite nella <i>Tabella di valutazione medico-legale</i> Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124.</p> <p>L'<i>Indennizzo</i> si determina applicando il grado di <i>Invalidità permanente da Malattia</i> accertato alla <i>Tabella di Indennizzo</i> scelta. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata.</p> <p>È possibile scegliere tra due tabelle di <i>Indennizzo</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tabella di Indennizzo 8 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 22%</i>; • <i>Tabella di Indennizzo 9 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 50%</i>.
<p>Assistenza Infortuni</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Forma Base: a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste le <i>Prestazioni</i> di consulenza medica, invio di un medico generico in casi di urgenza, trasporto in ambulanza in Italia, trasferimento in centro ospedaliero attrezzato, rientro da centro ospedaliero attrezzato, rientro sanitario da un viaggio, rientro anticipato da un viaggio, viaggio di un familiare, rimpatrio salma, invio di infermiere a domicilio, invio di collaboratrice familiare, consegna spesa al domicilio, rientro con un familiare, accompagnamento di minori, anticipo di spese mediche, autista a disposizione, prolungamento del soggiorno, interprete a disposizione. • Forma Top: oltre a quanto indicato nella Forma Base, a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste anche le <i>Prestazioni</i> di assistenza psicologica telefonica e assistenza domiciliare integrata (ADI). <p>Le <i>Prestazioni Assistenza</i> sono fornite a seguito di <i>Infortunio</i> dell'<i>Assicurato</i> anche se derivante da <i>Attacchi Cyber</i>.</p>

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Garanzie Infortuni	<p>Limitazione delle garanzie ai soli <i>Rischi</i> professionali</p> <p>Se il <i>Contraente</i> è una persona giuridica, le garanzie <i>Infortuni</i> possono essere limitate ai soli <i>Infortuni</i> subiti dall'<i>Assicurato</i> nello svolgimento delle <i>Attività professionali</i> indicate in <i>Polizza</i>.</p> <p>Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.</p> <p>Limitazione delle garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali</p> <p>Le garanzie <i>Infortuni</i> possono essere limitate ai soli <i>Infortuni</i> subiti dall'<i>Assicurato</i> nello svolgimento di attività di natura non professionale e del tempo libero. I soggetti che svolgono la professione di assistente di volo, pilota di aereo ed elicottero devono obbligatoriamente attivare questa opzione.</p> <p>Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.</p>
---------------------------	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Garanzie Infortuni	<p>Discipline sportive</p> <p>Le garanzie <i>Morte</i> e <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i> possono essere estese agli <i>Infortuni</i> derivanti dall'esercizio, a carattere non professionale, delle seguenti discipline sportive: scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore.</p> <p>Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.</p> <p>Supervalutazione arti superiori, visus e udito</p> <p>La percentuale della somma assicurata riconosciuta in caso di <i>Infortunio</i> che abbia comportato perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, del visus e dell'udito, può essere elevata.</p> <p>Questa opzione è acquistabile solo in presenza di tutte le condizioni di seguito riportate:</p> <ul style="list-style-type: none">• è stata scelta la <i>Tabella di valutazione medico-legale</i> Inail;• è stata scelta la <i>Tabella di Indennizzo n. 2 "Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione"</i>;• non è stata scelta l'opzione con riduzione del <i>Premio</i> "Limitazione delle garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali";• l'<i>Assicurato</i> svolge una o più delle seguenti professioni: agronomo, architetto, dentista, disegnatore, pittore, grafico, fisioterapista, massaggiatore, geometra, igienista dentale, infermiere, ingegnere, medico specialista o generico, musicista (compositore, concertista, direttore d'orchestra, insegnante di musica), odontotecnico, ostetrico/a, veterinario. <p>Opzione relativa alla garanzia <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i>.</p> <p>Bonus Franchigia su <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i>- Opzioni A, B e C</p> <p>Le seguenti opzioni A, B e C, relative alla garanzia <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i>, ove acquistabili, saranno obbligatoriamente abbinabili alle Tabelle di <i>Indennizzo</i> n. 1 "<i>Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% e supervalutazione</i>", oppure n. 2 "<i>Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione</i>".</p> <p>Il <i>Contraente</i> al momento dell'emissione del contratto dovrà scegliere la <i>Tabella di Indennizzo</i> 1 o 2 sopra richiamate, la cui scelta sarà indicata in <i>Polizza</i>.</p> <p>Le Tabelle di <i>Indennizzo</i> sopra richiamate sono riportate nell'Allegato 2 delle Condizioni di <i>Assicurazione</i>.</p> <p>OPZIONE A:</p> <p>viene corrisposta un'Indennità per <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i> calcolata con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">- sulla metà della somma assicurata indicata in <i>Polizza</i> e comunque con il limite massimo di 100.000 euro, fino al 21% di <i>invalidità</i> accertata, senza applicazione di <i>Franchigia</i>. Per le percentuali di <i>invalidità permanente</i> accertate di grado uguale o superiore al 22%, la <i>Compagnia</i> riconosce all'<i>Assicurato</i> l'<i>Indennizzo</i> applicando la <i>Tabella di Indennizzo</i> n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in <i>Polizza</i>;- sulla restante parte della somma assicurata indicata in <i>Polizza</i>, applicando la <i>Tabella di Indennizzo</i> n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in <i>Polizza</i>.
---------------------------	---

OPZIONE B:

viene corrisposta un'Indennità per *Invalità permanente* da *Infortunio* calcolata sull'intera somma assicurata indicata in *Polizza*, in base alle percentuali che seguono:

Grado di Invalità accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalità accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	Grado di Invalità accertata	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0,3	8	5	15	15
2	0,6	9	6	16	16
3	1	10	7	17	17
4	1,5	11	8	18	18
5	2	12	9	19	19
6	3	13	10	20	20
7	4	14	11	21	21

Per le percentuali di *Invalità permanente* accertate di grado uguale o superiore al 22%, la *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* l'*Indennizzo* applicando la *Tabella di Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

OPZIONE C

La percentuale della somma assicurata riconosciuta in caso di *Infortunio* è elevata, in funzione del periodo intercorso senza *Sinistri*, come da tabella di seguito rappresentata:

Grado di Invalità accertata	% da liquidare sulla somma assicurata		Grado di Invalità accertata	% da liquidare sulla somma assicurata	
	2 anni senza Sinistri	4 anni senza Sinistri		2 anni senza Sinistri	4 anni senza Sinistri
1	0	1	12	10,5	12
2	0,5	2	13	11,5	13
3	1,5	3	14	12,5	14
4	2,5	4	15	13,5	15
5	3,5	5	16	14,5	16
6	4,5	6	17	15,5	17
7	5,5	7	18	16,5	18
8	6,5	8	19	17,5	19
9	7,5	9	20	18,5	20
10	8,5	10	21	19,5	21
11	9,5	11			

Per le percentuali di *Invalità permanente* accertata uguali o superiori al 22%, la *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* l'*Indennizzo* applicando la *Tabella di Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

Ai fini del Bonus *Franchigia* – Opzione C, sono conteggiati i periodi annui interi a partire dalla data di decorrenza dell'*Annualità di Polizza* successiva alla data di accadimento dell'ultimo *Sinistro* di *Invalità permanente* liquidato all'*Assicurato*.

In presenza di più *Sinistri* avvenuti successivamente al periodo di assenza di *Sinistri* liquidati (2 o 4 anni come da tabella sopra riportata), il Bonus *Franchigia* si applica solo al primo *Sinistro* dell'anno assicurativo di accadimento.

Supervalutazione specifica per la professione di avvocato

La percentuale della somma assicurata riconosciuta in caso di *Infortunio* che abbia comportato perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, del visus, della voce e dell'udito, può essere elevata.

Questa opzione è acquistabile solo in presenza di tutte le condizioni di seguito riportate:

- è stata scelta la *Tabella di valutazione medico-legale* INAIL;
- è stata scelta la *Tabella di Indennizzo* n. 2 "*Invalità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione*";
- non è stata scelta l'opzione con riduzione del *Premio* "*Limitazione della garanzie ai soli Rischi extra professionali*";
- l'*Assicurato* svolge la professione di avvocato.

Opzione relativa alla garanzia *Invalità permanente da Infortunio*.

	<p>Garanzia spese extra</p> <p>È possibile il rimborso delle seguenti spese aggiuntive conseguenti all'<i>Infortunio</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Perdita anno scolastico</u>: indennità aggiuntiva pari a € 2.000 per <i>Sinistro</i> se l'<i>Infortunio</i> ha determinato per lo studente assicurato (iscritto a scuole primarie oppure secondarie di primo o di secondo grado ubicate nel <i>Territorio italiano</i>) la perdita dell'anno scolastico. • <u>Degenza da Ricovero</u>: diaria per ogni giorno di degenza pari a 1/1.000 della somma assicurata per il caso di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i> con il massimo di € 100 qualora in conseguenza di <i>Infortunio</i> l'<i>Assicurato</i> sia ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata. • <u>Indennità aggiuntiva per estinzione del mutuo</u>: indennità aggiuntiva pari alla sommatoria di eventuali rate di mutuo residuo, acceso sull'abitazione di residenza, in capo all'<i>Assicurato</i>, fino alla concorrenza del 10% della somma assicurata per Morte o <i>Invalidità permanente</i>, con il massimo di € 50.000 per <i>Sinistro</i>. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti la Morte o una <i>Invalidità permanente</i> superiore al 50% e l'abitazione di residenza sia assicurata con una <i>Polizza casa della Compagnia</i>. • <u>Superamento barriere architettoniche abitative</u>: rimborso delle spese sostenute per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'<i>Assicurato</i> finalizzate al superamento delle barriere architettoniche abitative, fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i>, con il massimo di € 20.000 per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti una <i>Invalidità permanente</i> superiore al 50%. • <u>Adeguamento autovettura</u>: rimborso delle spese sostenute per l'adeguamento/personalizzazione dell'autovettura dell'<i>Assicurato</i> o di un suo familiare convivente in riferimento alla disabilità riportata, fino alla concorrenza di € 5.000 per <i>Assicurato</i> e per anno assicurativo. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti una <i>Invalidità permanente</i> superiore al 50%. • <u>Ulteriori rimborsi</u>: rimborso, sino ad un massimo di € 3.000 per <i>Sinistro</i> e per <i>Assicurato</i>, delle spese sostenute per il trasporto dell'<i>Assicurato</i> dal luogo dell'<i>Infortunio</i> alla struttura ospedaliera di pronto soccorso pubblica o privata, il rimpatrio dell'<i>Assicurato</i> se l'<i>Infortunio</i> è avvenuto all'estero, le azioni di salvataggio o di ricerca dell'<i>Assicurato</i> e il trasporto della salma dell'<i>Assicurato</i> a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza. <p>Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.</p>
--	---

 Che cosa NON è assicurato?	
<p>Rischi esclusi</p> <p>Garanzia Infortuni</p>	<p>Oltre alle informazioni fornite nel DIP base sono esclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gli Infortuni conseguenti all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate. La copertura può essere estesa anche a queste attività attivando la relativa "Opzione con pagamento di un <i>Premio</i> aggiuntivo"; • gli Infortuni che derivino dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; • gli Infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio; • gli Infortuni conseguenti a operazioni chirurgiche non rese necessarie dall'Infortunio stesso; • gli Infortuni dovuti a insurrezioni e fatti di guerra; • gli Infortuni dovuti a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in paesi interessati da operazioni belliche; • gli Infortuni conseguenti a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • gli Infortuni conseguenti a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o da Cyberterrorismo;

	<ul style="list-style-type: none"> • gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo, tranne quelle previste dalla garanzia “Ernie traumatiche” e le rotture sottocutanee dei tendini, tranne quelle previste dalla garanzia “Rotture tendinee sottocutanee”; • con riferimento alla garanzia <i>Inabilità temporanea</i>, gli <i>Infortuni</i> occorsi durante l’esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni; • con riferimento alla garanzia Spese di cura, le spese per l’acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l’intervento.
<p>Rischi esclusi</p> <p>Invalità permanente da Malattia</p>	<p>Oltre alle informazioni fornite nel DIP base sono escluse le conseguenze di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Malattie mentali, Malattie psichiatriche</i>, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali; • A.I.D.S.; • <i>Malattie tropicali</i>; • intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all’uso di stupefacenti o allucinogeni; • trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; • trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell’atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o da <i>Cyberterrorismo</i>. <p>È possibile inoltre che possano essere escluse le conseguenze di ulteriori patologie a seguito della valutazione del <i>Questionario anamnestico</i>, documento che descrive lo stato di salute dell’<i>Assicurato</i> e che deve essere compilato e sottoscritto dall’<i>Assicurato</i> stesso o da chi ne esercita la patria potestà.</p>
<p>Rischi esclusi</p> <p>Assistenza Infortuni</p>	<p>Sono escluse le <i>Prestazioni</i> dovute o conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell’atomo, radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche; • scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, <i>Cyberterrorismo</i>; • dolo dell’<i>Assicurato</i>; • suicidio o tentato suicidio; • <i>Infortuni</i> derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli <i>Infortuni</i> sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale; • <i>Malattie mentali e Malattie nervose</i>; • <i>Malattie</i> dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; • ogni patologia preesistente; • <i>Malattie e Infortuni</i> conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall’uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; • l’espianto e/o il trapianto di organi.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

Relativamente alla garanzia *Invalità permanente da Infortunio*, la garanzia è operante **se l’Infortunio ha per conseguenza una *Invalità permanente* che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell’Infortunio stesso.**

Relativamente alla garanzia *Discipline sportive* ed in caso di *Invalità permanente*, **non è corrisposto alcun *Indennizzo* qualora l’*Invalità permanente* accertata sia inferiore al 10%. Qualora l’*Invalità permanente* accertata sia uguale o superiore al 10%, l’*Indennizzo* è corrisposto sulla base della *Tabella di Indennizzo* scelta.**

Relativamente alla garanzia *Morte*, la garanzia è operante **se il decesso si è verificato entro 2 anni dall’Infortunio stesso.**

Relativamente alla garanzia *Inabilità temporanea*, è prevista una *Franchigia* di 7 o di 30 giorni, in funzione dell’opzione scelta, non applicata nei casi in cui sia accertato un grado di *Invalità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata con almeno 2 pernottamenti.

La diaria è liquidata per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun *Sinistro*.

Relativamente alla garanzia Spese di cura, è prevista una *Franchigia* di € 150 o € 500 in funzione dell'opzione scelta.

I trattamenti fisioterapici sono rimborsati con il massimo del 50% della somma assicurata indicata in *Polizza*, a meno che non sia accertato un grado di *Invalidità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata pari ad almeno 15 giorni.

Per le lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti sono rimborsate le spese sostenute e documentate per l'intervento chirurgico riparatore, fino ad un massimo di € 10.000.

Relativamente alla garanzia Indennità *Ricovero Ospedaliero*:

- *Diaria per Ricovero*: la diaria è liquidata per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun *Sinistro*.
- *Diaria post Ricovero*: la diaria è liquidata per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun *Sinistro*.
- *Diaria da Frattura ossea o da Apparecchio di contenzione*: la diaria è liquidata per un periodo massimo di 60 giorni per ciascun *Sinistro* nel caso di applicazione di *Apparecchio di contenzione* non rimovibile e tendente all'immobilizzazione della parte o nei casi di fratture vertebre e/o bacino, per un periodo massimo di 30 giorni per *Sinistro* negli altri casi di *Frattura ossea*, senza applicazione di *Apparecchio di contenzione*.

Inoltre:

- *Morte contestuale*: l'*Indennizzo* complessivo per evento non può essere superiore a € 1.600.000.
- *Menomazioni estetiche*: il massimo *Indennizzo* previsto è pari a € 10.000.
- *Ernie traumatiche*: si veda quanto indicato nella sezione "Che cosa è assicurato".
- *Rotture Tendinee sottocutanee*: si veda quanto indicato nella sezione "Che cosa è assicurato".
- *Malattie tropicali/malaria*: nessun *Indennizzo* ha luogo per *Invalidità permanente* accertata di grado pari o inferiore al 15%; se invece essa risulta superiore al 15% si applica la *Tabella di Indennizzo* scelta, fino alla concorrenza della relativa somma assicurata e con un massimo *Indennizzo* di € 200.000.

Invalidità permanente da Malattia

La garanzia vale per le *Invalidità* permanenti conseguenti a *Malattie* manifestatesi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'*Assicurazione*.

Assistenza Infortuni

Il trasporto in autoambulanza è previsto fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (per andata/ritorno).

Non danno luogo alla *Prestazione* di trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'*Assicurato*, nonché le terapie riabilitative.

Non danno luogo alla *Prestazione* di rientro dal centro ospedaliero attrezzato:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'*Assicurato* di proseguire il viaggio;
- le *Malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Relativamente alla *Prestazione* di rientro anticipato la *Compagnia* terrà a proprio carico le relative spese, fino ad un massimo complessivo di € 200 per *Sinistro*.

Relativamente alla *Prestazione* di rimpatrio salma la *Compagnia* terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 5.000 per *Sinistro*.

Qualora il trasporto comporti un esborso maggiore del massimale assicurato la *Struttura Organizzativa* non attiva la *Prestazione* fino a quando non abbia ricevuto adeguate garanzie bancarie o di altri tipo per la quota dei costi non compresi nel massimale suddetto. Sono in ogni caso escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

Per l'invio di un infermiere a domicilio la *Compagnia* ne assume in carico l'onorario fino ad un massimo di € 200 complessivi per *Sinistro*.

Per l'invio di una collaboratrice familiare la *Compagnia* terrà a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200 per *Sinistro*.

La *Prestazione* di consegna spesa al domicilio è prevista per un massimo di tre invii per ogni periodo post-*Ricovero*.

Relativamente alla *Prestazione* di anticipo di spese mediche la *Compagnia* anticipa, per conto dell'*Assicurato*, le fatture fino ad un importo massimo di € 5.000 per *Sinistro*.

La *Prestazione* non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'*Assicurato*;
- se l'*Assicurato* non è in grado di fornire alla *Struttura Organizzativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

Al rientro l'*Assicurato* deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'*Assicurato* è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente.

Relativamente alla *Prestazione* relativa all'autista a disposizione, la *Compagnia* tiene a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimale di € 500, mentre restano a carico dell'*Assicurato* le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Per la *Prestazione* relativa al prolungamento del soggiorno la *Compagnia* tiene a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60 al giorno.

Per la *Prestazione* relativa all'interprete a disposizione la *Compagnia* terrà a proprio carico l'onorario dell'interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?	Denuncia di Sinistro <p>Il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i> deve denunciare il <i>Sinistro</i> all'<i>Intermediario assicurativo</i> di riferimento o alla Zurich entro 5 giorni da quello in cui lo stesso si è verificato o da quando ne abbia avuto la possibilità, comunque non oltre 1 anno dalla cessazione della <i>Polizza</i> (art. 1913 codice civile).</p>
	Garanzia Infortuni e Invalidità permanente da Malattia <p>La denuncia, che può essere fatta compilando l'apposito modulo in calce alle condizioni di <i>Assicurazione</i>, deve indicare le cause che hanno determinato il <i>Sinistro</i> ed essere corredata di certificato medico. Se viene inviata con un ingiustificato ritardo, Zurich riconosce l'indennità giornaliera da <i>Inabilità temporanea</i>, se assicurata, solo dal giorno successivo al giorno di ricevimento della denuncia. Se si verificassero dei prolungamenti dell'<i>Inabilità temporanea</i> gli stessi dovranno essere tempestivamente comunicati con l'invio di specifico certificato medico. Se dopo l'<i>Infortunio</i> o durante il periodo di cura l'<i>Assicurato</i> decede la circostanza deve essere immediatamente denunciata.</p>
	Assistenza diretta/in convenzione - Garanzia Assistenza Infortuni <p>Il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i> può telefonare, 24 ore su 24, alla <i>Struttura Organizzativa</i> al numero verde 800-181515 oppure al numero +39 015-255.9790, oppure scrivere a MAPFRE ASISTENCIA S.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI) e deve comunicare con precisione:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Il tipo di assistenza di cui necessità.2. Il nome e cognome.3. Il numero di <i>Polizza</i> preceduto dalla sigla ZUIN (per la garanzia base) e ZUIT (per la garanzia Top).4. L'indirizzo del luogo in cui si trova.5. Il recapito telefonico che la <i>Struttura Organizzativa</i> dovrà richiamare nel corso dell'assistenza. <p>Inoltre, deve fornire gli originali di tutti i giustificativi, fatture, ricevute di spese e della documentazione necessaria alla conclusione dell'assistenza.</p>
Prescrizione <p>I diritti derivanti dal contratto di <i>Assicurazione</i> (diversi dal diritto al pagamento delle rate di <i>Premio</i>) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ossia dall'accertamento della stabilizzazione dei postumi derivati dall'evento dannoso.</p>	
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP danni.

<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Garanzia Infortuni e Invalidità permanente da Malattia</p> <p>Ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazioni mediche, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini e verificata la validità delle garanzie, la <i>Compagnia</i> determina l'<i>Indennizzo</i> dovuto e lo comunica agli interessati; se questi formulano la loro accettazione la <i>Compagnia</i> si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni dalla stessa. In mancanza di accordo la <i>Compagnia</i>, in attesa dell'esito dell'arbitrato medico, effettua il pagamento dell'<i>Indennizzo</i> stimato, salvo conguaglio all'esito della decisione del detto arbitro.</p>
-------------------------------------	---

 Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
<p>Durata</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.</p>
<p>Sospensione</p>	<p>Il <i>Contraente</i> non può sospendere le garanzie; tuttavia l'<i>Assicurazione</i> resta automaticamente sospesa se il <i>Contraente</i> non paga le rate di <i>Premio</i> 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.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
<p>Ripensamento dopo la stipulazione</p>	<p>Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.</p>
<p>Risoluzione</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.</p>

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a chi desidera ottenere, per se stesso o per un membro del suo nucleo familiare, un rimborso delle spese mediche, delle visite specialistiche e una diaria per <i>Ricovero</i> ospedaliero, a seguito di morte o invalidità causate da <i>Infortunio</i>, nonché un <i>Indennizzo</i> per <i>Invalidità permanente</i> causata da <i>Malattia</i> o <i>Infortunio</i>. La possibilità di accedere al prodotto, per persone di età uguale o superiore agli 80 anni per la garanzia <i>Infortuni</i> o 70 anni per la garanzia <i>Invalidità permanente da Malattia</i>, potrà essere discrezionalmente valutata dalla <i>Compagnia</i>.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>- Costi di intermediazione</p> <p>La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 21%, calcolato sul <i>Premio</i> lordo.</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I <i>Reclami</i> 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 <i>Reclamo</i> tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai <i>Reclami</i>.</p> <p>La <i>Compagnia</i> deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del <i>Reclamo</i>. Per i <i>Reclami</i> 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 <i>Reclami</i>:</p> <ul style="list-style-type: none">- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle <i>Assicurazioni Private</i>, 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 <i>Assicurazione</i> e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un <i>Reclamo</i> indirizzato alla <i>Compagnia</i>. <p>I <i>Reclami</i> 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 <i>Reclami</i> ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai <i>Reclami</i>, 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> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il <i>Reclamo</i> 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>
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 <i>Compagnia</i>.</p> <p>La convenzione di negoziazione assistita si applica per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti (come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria) oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti € 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 di <i>Assicurazione</i>), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.</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.

Indice

Glossario	pag.	1 di 3
Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 18
Condizioni Generali	pag.	1 di 18
Sezione - Infortuni	pag.	3 di 18
• Cosa assicuriamo	pag.	3 di 18
• Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)	pag.	5 di 18
• Altre garanzie (sempre operanti)	pag.	6 di 18
• Condizioni particolari per singolo Assicurato (valide solo se espressamente richiamate in Polizza)	pag.	7 di 18
Sezione - Invalidità permanente da Malattia	pag.	12 di 18
• Cosa assicuriamo	pag.	12 di 18
• Delimitazioni ed Esclusioni	pag.	12 di 18
In caso di Sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia	pag.	12 di 18
Sezione – Assistenza Infortuni	pag.	15 di 18
• Cosa assicuriamo	pag.	15 di 18
• Delimitazioni ed esclusioni	pag.	17 di 18
• Effetti giuridici delle Prestazioni	pag.	18 di 18
• Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di Sinistro	pag.	18 di 18
Allegato 1: Tabelle di valutazione medico-legale	pag.	1 di 2
Allegato 2: Tabelle di Indennizzo riferite alle Condizioni particolari selezionate e indicate in Polizza	pag.	1 di 9
Allegato 3: Classificazione delle Attività professionali	pag.	1 di 3
Allegato 4: Coefficienti di adeguamento del premio per età dell'Assicurato (garanzie Infortuni e Malattia)	pag.	1 di 1
Allegato 5: Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 2

Glossario

Accesso non autorizzato - Accesso o utilizzo di un *Sistema informativo* o di un'infrastruttura di rete da parte di persone non autorizzate.

Annualità di Polizza - In una copertura poliennale si intende il periodo di 12 mesi decorrenti dalla data di effetto della copertura (es. 12/3/2012 -12/03/2013).

Apparecchio di contenzione - Il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate, rigide o altri apparecchi ortopedici immobilizzanti applicabili e rimovibili esclusivamente dal proprio medico curante oppure da personale medico o paramedico presso strutture ospedaliere pubbliche o private.

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*Assicurazione*.

Assicurazione - Il contratto di *Assicurazione*.

Attacco Cyber - Azione di tipo informatico posta in essere da terzi allo scopo di arrecare danni a cose o persone.

Attacco DoS - Azione o istruzione concepita o generata allo scopo di danneggiare, interferire o colpire la disponibilità di reti, servizi di rete, connettività di rete o Sistemi informativi, ivi inclusa, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la creazione di traffico di rete eccessivo negli indirizzi di rete, lo sfruttamento delle debolezze dei sistemi o delle reti e la creazione di traffico eccessivo o non genuino tra reti.

Attività professionali - Qualsiasi attività non inerente alla vita privata, sia essa o meno a scopo di lucro.

Atto di forza - Un'attività fisica e/o muscolare intensa, volontaria e non accidentale rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e/o privata.

Cloud - Rete di server e/o sistemi di storage remoti, collegati tra loro e/o alla rete Internet al fine di archiviare *Dati elettronici* e/o *Contenuti digitali*, che operano come un unico ecosistema e che consentono l'accesso online ai propri dati/contenuti attraverso qualsiasi dispositivo con connessione Internet.

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Contenuti digitali - *Dati elettronici*, *Software*, file audio e file di immagini salvati nel *Sistema informativo* dell'*Assicurato* o salvati su *Cloud*, inclusi qualsiasi conti, fatture, ricevute di debito, denaro, documenti di valore, registri, estratti, atti, manoscritti o altri documenti in formato elettronico.

Contraente - Il soggetto che stipula il contratto di *Assicurazione* nell'interesse proprio e/o di altre persone.

Cyberterrorismo - L'utilizzo di strumenti di information technology per mettere in atto attacchi o minacce verso i sistemi informativi dell'*Assicurato* e che abbiano quale diretta conseguenza: i) un *Evento relativo alla sicurezza*, o ii) un *Evento relativo alla violazione dei Dati personali*, o iii) l'alterazione o distruzione di *Contenuti digitali* riguardanti un *Evento relativo alla sicurezza*. Tali attacchi o minacce dovranno essere perpetrati da parte di qualsiasi soggetto o gruppo, la cui attività venga svolta sia in modo autonomo che per conto o in connessione con qualsiasi individuo, organizzazione, governo, allo scopo di perseguire finalità di natura finanziaria, sociale, ideologica, religiosa o politica e con l'intenzione di:

1. causare danni;
2. minacciare qualsiasi persona o società;
3. distruggere o danneggiare infrastrutture critiche o dati.

Dati elettronici - Informazioni salvate o trasmesse in formato digitale

Dati personali - Qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile (interessato); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Per 'dati genetici' si intendono i *Dati personali* relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione.

Per 'dati biometrici' si intendono i *Dati personali* ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici.

Per 'dati relativi alla salute' si intendono i *Dati personali* attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la *Prestazione* di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.

Evento relativo alla violazione dei Dati personali - Evento che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata, o l'accesso effettivo o presunto, di: a) *Dati personali* trasmessi, conservati o comunque

trattati soggetti alla cura, custodia o controllo dell'Assicurato, o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi dell'Assicurato;

b) informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo dell'Assicurato o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

Evento relativo alla sicurezza - Accesso non autorizzato, introduzione di un *Malware*, o *Attacco DoS* al *Sistema informativo* dell'Assicurato che determina:

a) un'interruzione, sospensione, incidente, deterioramento o ritardo, effettivo e misurabile, del funzionamento del *Sistema informativo* dell'Assicurato

b) un'alterazione, corruzione o distruzione di informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo di un *Assicurato* espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

Franchigia - L'importo prestabilito che, in caso di *Sinistro*, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la *Compagnia* non riconosce l'Indennizzo. La *Franchigia* può essere espressa in giorni, in cifra o in percentuale.

Frattura ossea - La rottura di un osso, in genere conseguente ad una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta).

Sono parificate alle *Fratture ossee*:

- le *Fratture ossee* incomplete (incrinature o infrazioni);
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Indennizzo - La somma dovuta dalla *Compagnia* all'Assicurato in caso di *Sinistro*.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel Registro Unico degli *Intermediari assicurativi* e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Inabilità temporanea - L'incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Invalidità permanente - La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività, indipendentemente dalla professione svolta, avendo come riferimento la *Tabella di valutazione medico-legale* prescelta dall'Assicurato ed indicata in *Polizza*.

Invalide civile - Soggetto nei cui confronti è stata accertata una riduzione della capacità lavorativa nella misura pari o superiore al 74% e che non svolge attività

lavorativa, in riferimento all'art. 1 comma 35 Legge 24 dicembre 2007 n. 247.

Itinere (Rischio in) - *Rischio* occorso durante:

- il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro, **escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e delle parti condominiali;**

- il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro, nel caso di rapporti di lavoro plurimi;

- l'abituale percorso per la consumazione dei pasti qualora non esista una mensa aziendale;

il tutto come disciplinato dall'articolo 12 del decreto legislativo 38/2000.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia mentale - Ogni patologia mentale e del comportamento (come per esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc) ricomprese nell'articolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale della *Malattie* (ICD - 10 del OMS).

Malattie tropicali - Gruppo medicalmente eterogeneo di infezioni tropicali come riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) al momento del *Sinistro*. Di seguito alcuni esempi: Cisticercosi e taeniasi, Dracunculiasi, Echinococcosi, Elmintiasi trasmessa dal suolo, Febbre Dengue e chikungunya, Filariosi linfatica, Framboesia, Lebbra, Leishmaniosi, *Malattia* di Chagas, Oncocercosi, Rabbia, Schistosomiasi, Tracoma, Trematodiasi di origine alimentare, Tripanosomiasi africana, Ulcera del Buruli.

Malware - Qualsiasi *Software* o codice dannoso (come ad esempio virus, spyware, worm, trojan, rootkit, ransomware, keylogger, dialer e rogue security *Software* o qualsiasi altro strumento equiparabile) progettato per ottenere l'accesso illecito, cancellare o corrompere *Dati elettronici*, danneggiare o disgregare una qualsiasi rete o *Sistema informativo*, eludere qualunque prodotto o servizio di sicurezza e/o interrompere il funzionamento del Sistema informatico.

Polizza - Il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - La somma dovuta dal *Contraente* alla *Compagnia* quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Prestazioni - Le assistenze prestate all'Assicurato dalla *Struttura Organizzativa*.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà. Tale documento è richiamato nelle dichiarazioni del *Contraente* riportate in *Polizza*.

Reclamante - Un soggetto che sia titolare a far valere il diritto alla trattazione del *Reclamo* da parte dell'impresa di *Assicurazione*, dell'*Intermediario assicurativo* o dell'intermediario iscritto nell'elenco annesso, ad esempio il *Contraente*, l'*Assicurato*, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di una impresa di *Assicurazione*, di un *Intermediario assicurativo* o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa 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.

Ricovero - La degenza, che comporti almeno un pernottamento, in strutture ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Rischio - La probabilità che si verifichi il *Sinistro*.

Scoperto - La percentuale della somma liquidabile a termini di *Polizza* che, per ciascun *Sinistro*, rimane a carico dell'*Assicurato*.

Sforzo - Atto fisico involontario sproporzionato rispetto alla struttura corporea dell'*Assicurato* non rientrante tra le azioni della normale vita lavorativa e /o privata.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'*Assicurazione*.

Sistema informativo - L'hardware, il *Software* e i *Dati elettronici* salvati negli stessi o salvati su *Cloud*, inclusi dispositivi di input e output, dispositivi di archiviazione dati, apparecchiature di networking, componenti, firmware e sistemi di backup elettronico, compresi i sistemi disponibili in internet, nell'intranet, extranet o nelle reti private virtuali.

Software - Operazioni e applicazioni, codici e programmi che consentono la raccolta, trasmissione, elaborazione, salvataggio o ricezione di *Dati elettronici* per via elettronica. Resta inteso in ogni caso che il *Software* non include i *Dati elettronici*.

Sport professionistico - Secondo la legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Struttura Organizzativa - La Struttura di Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A., Strada Trossi 66 – Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, in tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione con la *Compagnia* provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'*Assicurato* e organizza ed eroga, con costi a carico della *Compagnia*, le *Prestazioni* di assistenza previste dalle Condizioni di *Assicurazione*.

Tabella di Indennizzo - La tabella attraverso la quale viene determinato l'*Indennizzo* spettante all'*Assicurato* per il grado di *Invalidità permanente* accertato secondo la *Tabella di valutazione medico-legale*.

Tabella di valutazione medico-legale - La tabella finalizzata alla determinazione del grado di *Invalidità permanente* subito dall'*Assicurato* in seguito a *Sinistro*.

Territorio italiano - Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del *Rischio*
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del *Rischio* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice Civile.

Articolo 2

Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *Polizza* se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il *Contraente* non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della *Compagnia* al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

I Premi devono essere pagati alla *Compagnia* o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la *Polizza*, autorizzato dalla *Compagnia* stessa alla esazione dei Premi.

In caso di durata poliennale, il contratto prevede due modalità alternative di pagamento:

- 1) Premio ricorrente secondo le scadenze e gli importi indicati sulla scheda di *Polizza*;
- 2) "Soluzione Unica": il premio viene pagato dal *Contraente* per tutta la durata del contratto, anticipatamente, ed in un'unica soluzione.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4

Recesso in caso di *Sinistro*

Dopo ogni *Sinistro* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il *Contraente* e/o la *Compagnia* possono recedere dall'Assicurazione prestata per la garanzia interessata o dall'intera *Polizza* con preavviso di 30 giorni fatta eccezione, qualora prestata, per la garanzia *Invaldità permanente da Malattia* per la quale il recesso per *Sinistro* non è esercitabile. Entro 15 giorni

dalla data di efficacia del recesso, la *Compagnia* rimborsa la parte di Premio imponibile relativa al periodo di *Rischio* non corso solo nel caso di esercizio del recesso da parte del *Contraente* che abbia acquistato la *Polizza* in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005.

Articolo 5

Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

Articolo 6

Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del *Contraente*.

Articolo 7

Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La presente *Polizza* è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'Assicurazione Infortuni e *Malattia* e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Articolo 8

Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *Polizza* devono essere assolti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Articolo 9

Validità territoriale

L'Assicurazione, ad eccezione della garanzia "Assistenza", vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei *Sinistri* sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

Articolo 10

Altre Assicurazioni

Il *Contraente* deve dare avviso scritto alla *Compagnia* dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso *Rischio*, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di *Sinistro* deve essere dato avviso a tutte le compagnie assicuratrici interessate indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra consente alla *Compagnia* di non corrispondere l'Indennizzo. Limitatamente al caso in cui la *Polizza* sia stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se persona diversa dal *Contraente*.

Il *Contraente* e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicazione nel caso in cui le altre garanzie infortuni derivino da *Polizze* automaticamente contratte con la titolarità di carte di credito, conti correnti bancari ed altri servizi simili.

Articolo 11

Rinvio alle norme di legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal presente contratto valgono le norme di legge.

Articolo 12

Diminuzione del *Rischio*

Nel caso di diminuzione del *Rischio* la *Compagnia* è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato/Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 13

Aggravamento del *Rischio*

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia/Intermediario assicurativo di ogni aggravamento del *Rischio*. Gli aggravamenti di *Rischio* non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, salvo quanto successivamente previsto al paragrafo "Attività diverse da quella dichiarata" del capitolo "In caso di *Sinistro*: Infortuni/Invalidità permanente da *Malattia*".

Articolo 14

Limiti di età

Sezione Infortuni

L'Assicurato che durante il periodo di validità del contratto, anche a seguito di tacito rinnovo, compia o superi l'ottantesimo anno d'età, verrà automaticamente escluso dallo stesso in occasione della prima scadenza annua successiva. La *Compagnia* potrà discrezionalmente valutare se mantenere in essere la copertura tramite sostituzione di *Polizza*.

Sezione *Invalidità permanente da Malattia*

L'Assicurato che durante il periodo di validità del contratto, anche a seguito di tacito rinnovo, compia o superi il settantesimo anno d'età, verrà automaticamente escluso dallo stesso in occasione della prima scadenza annua successiva. La *Compagnia* potrà discrezionalmente valutare se mantenere in essere la copertura tramite sostituzione di *Polizza*.

Articolo 15

Adeguamento del Premio per età

I premi di tutte le garanzie incluse nella sezione Infortuni e nella sezione *Malattia* sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato.

In occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo Premio per ogni Assicurato si adegua applicando i coefficienti per età di cui all'Allegato 4).

Articolo 16

Adeguamento automatico – Indicizzazione (Operante solo se richiamato in *Polizza*)

Le somme assicurate, il Premio e gli eventuali limiti di

Indennizzo di garanzia espressi in cifra assoluta sono collegati all'indice FOI - "Prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (senza tabacchi)" pubblicato dall'ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica.

Il calcolo è effettuato secondo la seguente regola:

- alla *Polizza* è assegnato come riferimento iniziale l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annua si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento e l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare precedente quello di detta scadenza;
- l'aumento o la riduzione risultante decorre dalla scadenza annuale della *Polizza*.

L'indicizzazione si applica successivamente all'adeguamento del Premio per età di cui al precedente Articolo 15.

L'indicizzazione non si applica alla garanzia Assistenza.

Articolo 17

Recesso dalla *Polizza* poliennale con modalità di pagamento ricorrente e con indicazione dello sconto sulla scheda di *Polizza*

Qualora la durata del Contratto sia superiore a cinque anni l'Assicurato ha la facoltà, trascorso il quinquennio e con preavviso di almeno 60 giorni, di recedere dal contratto senza oneri e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa in cui è stata esercitata la facoltà (art. 1899 del Codice Civile).

Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il *Contraente* non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso.

Il recesso va notificato mediante lettera raccomandata indirizzata alla *Compagnia* o all'Intermediario assicurativo cui la *Polizza* è assegnata. La *Compagnia* provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di *Rischio* non corso.

Articolo 18

Recesso dalla *Polizza* poliennale con modalità di pagamento unico anticipato (indicazione sulla scheda di *Polizza* "Soluzione Unica") e senza indicazione dello sconto sulla scheda di *Polizza* (per inapplicabilità dell'articolo 1899 c.c.)

La copertura assicurativa non gode dello sconto sulla poliennialità ex art. 1899 c.c. atteso che nel corso di ogni *Annualità di Polizza* l'Assicurato ha facoltà di recedere dal contratto assicurativo senza oneri dando un preavviso di 60 giorni e con effetto alla scadenza dell'*Annualità di Polizza* in corso. **La comunicazione di recesso deve essere inviata nei termini previsti alla *Compagnia* e/o all'Intermediario a cui è assegnata la *Polizza* per iscritto a mezzo lettera raccomandata. La *Compagnia* provvederà a rimborsare la parte di Premio imponibile relativa al periodo di *Rischio* non corso.**

La facoltà di recedere concessa all'Assicurato non prevale sugli eventuali obblighi a carico del *Contraente/Assicurato* derivanti dalla presenza di una clausola di vincolo richiesta dallo stesso *Contraente/Assicurato*.

In caso di copertura poliennale la *Compagnia* conserva la facoltà di recedere dal contratto assicurativo in ogni *Annualità di Polizza* ai medesimi termini e

condizioni riconosciuti all'Assicurato in forza dell'inapplicabilità dell'art. 1899 c.c.

Articolo 19

Cambio del fornitore dei servizi nell'ambito della garanzia "Assistenza - Infortuni"

La *Compagnia* si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore la garanzia Assistenza – Infortuni con altro fornitore che sarà comunicato mediante pubblicazione sul sito internet della *Compagnia* o nell'area riservata.

La sostituzione del fornitore avverrà senza modifiche in peggioramento delle condizioni contrattuali e di premio pattuite con il *Contraente*.

Articolo 20

Foro competente

Il Foro competente, a scelta di parte attrice, è quello della sede legale del convenuto ovvero quello ove ha sede l'*Intermediario assicurativo* cui è assegnato il contratto. Qualora l'*Assicurato* sia un consumatore ex art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'*Assicurato*.

Sezione - Infortuni

Cosa assicuriamo

Sono assicurate le conseguenze degli Infortuni che l'*Assicurato* subisca nello svolgimento delle *Attività professionali* dichiarate in *Polizza* e nello svolgimento di ogni altra attività senza carattere di professionalità, **salvo quanto riportato al capitolo "Delimitazioni ed esclusioni"**.

Sono considerati Infortuni anche:

- l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- le morsicature, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le punture di insetti in genere, **tranne quelle che causino malaria e Malattie tropicali** (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)");
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti a termini delle Condizioni di *Assicurazione*;
- l'annegamento e l'affogamento;
- le lesioni determinate da *Sforzo*, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)";
- le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi.

Sono inoltre compresi gli Infortuni:

- avvenuti in stato di malore e/o incoscienza **ad esclu-**

sione degli Assicurati affetti da diabete mellito insulinodipendente nei casi di crisi ipoglicemiche e/o iperglicemiche;

- conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'*Assicurato* non abbia preso parte attiva e volontaria;
- conseguenti, a parziale deroga dell'art. 1912 codice civile, ad inondazioni, alluvioni, terremoto, maremoto ed eruzioni vulcaniche;
- derivanti da *Attacchi Cyber*.

Garanzie

Le garanzie di seguito riportate sono operanti solo se richiamate in Polizza, risulti indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo Premio.

Invalidità permanente da Infortunio

Se l'*Infortunio* ha per conseguenza una *Invalidità permanente* che si verifichi entro 2 anni dal giorno dell'*Infortunio* stesso, la *Compagnia* liquida un *Indennizzo* proporzionale alla somma assicurata, determinato come da criteri specificati al paragrafo successivo e calcolato come da *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio

Il grado di *Invalidità permanente* è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*. **L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.**

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto è considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione della funzionalità, le percentuali sono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità è stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nei casi non specificati sopra, il grado di *Invalidità* si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella *Tabella di valutazione medico-legale*. In caso di mancinismo, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di *Invalidità* previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

Determinazione dell'Indennizzo

L'*Indennizzo* si determina applicando il grado di *Invalidità permanente* accertata alla *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla corrispondente somma assicurata.

Nel caso di *Invalidità permanente* “multilivello”, ovvero la particolare forma assicurativa che consente di attribuire differenti somme ad altrettante Tabelle di *Indennizzo*, l'importo complessivamente liquidato è pari alla somma degli *Indennizzi* calcolati per ciascun livello di *Invalidità permanente* con le regole che precedono.

Il diritto all'indennità per *Invalidità permanente* è di carattere personale e non è trasmissibile.

Tuttavia, se l'*Assicurato* decede per cause indipendenti dall'Infortunio prima che l'*Indennizzo* sia stato pagato, la *Compagnia* è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di sua eventuale offerta o di accordo con l'*Assicurato*,
- in assenza di un'offerta della *Compagnia* o di un accordo con l'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto al Capitolo “In caso di *Sinistro* – Infortuni / *Invalidità permanente da Malattia*” agli articoli “**Criteri di indennizzabilità per la garanzia Infortuni**” e “**Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio**”.

La *Compagnia* si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del *Sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'articolo “**Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio**”.

Morte

Se entro 2 anni dall'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifica il decesso dell'*Assicurato*, la *Compagnia* corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati.

Morte presunta

Se a seguito di annegamento o di incidente della circolazione terrestre, navigazione marittima o aerea, il corpo dell'*Assicurato* non viene più ritrovato ma se ne presuma la morte, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso Morte. **Tale liquidazione è subordinata alla condizione che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla presentazione della domanda di morte presunta, ai sensi degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.**

Qualora successivamente al pagamento dell'*Indennizzo* si abbiano notizie sicure dell'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Compagnia* ha diritto alla restituzione dell'*Indennizzo* corrisposto. L'*Assicurato* potrà far valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai termini delle Condizioni di *Assicurazione*.

Inabilità temporanea

Se l'Infortunio ha per conseguenza l'*Inabilità temporanea* dell'*Assicurato*, la *Compagnia* liquida la diaria giornaliera indicata in *Polizza*, **per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun *Sinistro***, secondo le seguenti modalità:

- integralmente per ogni giorno di *Inabilità temporanea* totale in cui l'*Assicurato* si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni;

- al 50% per ogni giorno di *Inabilità temporanea* parziale in cui l'*Assicurato* ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni.

Si conviene che, previa detrazione della *Franchigia* fissa e assoluta espressa in giorni indicata in *Polizza*, i giorni complessivi di accertata e documentata *Inabilità* vengono considerati:

- nella misura del 60% come *Inabilità temporanea* totale;
- nella misura del 40% come *Inabilità temporanea* parziale.

Nei casi in cui sia accertato un grado di *Invalidità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata con almeno 2 pernottamenti, la *Franchigia* prevista per questa garanzia non è applicata.

La garanzia *Inabilità temporanea* non è operante per gli Infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni.

Spese di cura

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle Condizioni di *Assicurazione*, la *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato* le spese effettivamente sostenute per:

- medici, chirurghi, strutture ospedaliere pubbliche o private;
- accertamenti diagnostici;
- bagni, forni ed altre cure mediche indispensabili;
- trattamenti fisioterapici **con il massimo del 50% della somma assicurata indicata in *Polizza***. Nei casi in cui sia accertato un grado di *Invalidità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata pari ad almeno 15 giorni non si applicherà tale limitazione.

Sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

La somma assicurata indicata in *Polizza* rappresenta il massimo esborso per uno o più *Sinistri* verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di *Assicurazione*. La garanzia è prestata previa detrazione della *Franchigia* indicata in *Polizza*.

Indennità *Ricovero Ospedaliero*

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini delle Condizioni di *Assicurazione*, la *Compagnia* corrisponde:

Diaria per *Ricovero*

La diaria indicata in *Polizza* per ciascun giorno in cui l'*Assicurato* è ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata, **per la durata massima di 365 giorni**. Il giorno di *Ricovero* e quello di dimissione vengono convenzionalmente considerati come un solo giorno.

Diaria post *Ricovero*

La diaria indicata in *Polizza* per un periodo forfettario

pari al doppio della durata del *Ricovero* con il massimo di 60 giorni per *Sinistro*.

Diaria da *Frattura ossea* o da *Apparecchio di contenzione*

- Nel caso di applicazione di *Apparecchio di contenzione* non rimovibile dall'*Assicurato* e tendente all'immobilizzazione della parte, la *Compagnia* liquida la diaria indicata in *Polizza* sino alla data di rimozione del mezzo con il massimo di 60 giorni per *Sinistro*.
- Negli altri casi di *Frattura ossea*, senza applicazione di *Apparecchio di contenzione*, la *Compagnia* liquida la diaria indicata in *Polizza* per ogni giorno di Inabilità con il massimo di 30 giorni per *Sinistro*. Limitatamente ai casi di fratture di bacino e/o vertebre tale limite s'intende elevato da 30 a 60 giorni.

La diaria da *Frattura ossea* o da *Apparecchio di contenzione* non è cumulabile con la diaria per *Ricovero* e post *Ricovero*.

Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie
La *Compagnia* non assicura le seguenti persone:

- 1) Premesso che la *Compagnia* non avrebbe acconsentito a prestare l'*Assicurazione* se al momento della stipulazione della *Polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, A.I.D.S., morbo di Parkinson, epilessia, tutte le demenze, demenza Alzheimer, sindromi organico - cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi, **si precisa che qualora l'*Assicurato* sia colpito da tali *Malattie* durante la validità del contratto, l'*Assicurazione* cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'*Assicurato*, senza che in caso contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di Premi scaduti, che di conseguenza verranno restituiti al *Contraente* al netto delle imposte;**
- 2) per i soli *Rischi* professionali, non sono assicurabili le persone che svolgono le seguenti *Attività professionali*:
 - atleta sportivo professionista;
 - pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
 - sub professionista, sommozzatore, palombaro;
 - minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
 - militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
 - guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
 - stuntman, controfigura, circense.

Se nel corso del periodo di validità della *Polizza* si verifici un cambiamento dell'*Attività professiona-*

le dichiarata dall'*Assicurato*, la *Compagnia* non corrisponderà alcun *Indennizzo* se l'attività svolta dall'*Assicurato* al momento dell'*Infortunio*, rientri nell'elenco sopra riportato.

Esclusioni

Sono esclusi dall'*Assicurazione* gli *Infortunio* conseguenti:

1. ad una delle *Attività professionali* elencate al punto 'Persone non assicurabili' punto 2), per i soli *Rischi* professionali, in caso di *Attività professionali* diverse da quelle dichiarate in *Polizza*;
2. alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
3. all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
4. alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
5. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'*Assicurato* non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli *Infortunio* subiti dall'*Assicurato* in possesso di patente scaduta a condizione che l'*Assicurato* stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'*Infortunio*; l'*Assicurazione* si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'*Infortunio* stesso;
6. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
7. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
8. alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'*Assicurato* sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'*Assicurato* si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
9. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;

10. a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
11. a operazioni chirurgiche non rese necessarie da Infortunio;
12. a insurrezioni e fatti di guerra;
13. a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli Infortuni si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
14. a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
15. a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o *Cyberterrorismo*;
16. ad *Atto di forza*.

Sono inoltre esclusi dall'Assicurazione gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto al capitolo "Altre garanzie (sempre operanti)" ai paragrafi "Ernie traumatiche" e "Rotture tendinee sottocutanee").

Altre garanzie (sempre operanti)

1. Morte contestuale

Qualora in un medesimo evento si verifichi la morte per Infortunio di entrambi i genitori assicurati con la presente Polizza, la Compagnia corrisponde ai figli minorenni o *Invalidi civili*, espressamente indicati in Polizza quali beneficiari, l'Indennizzo spettante per ciascun genitore aumentato del 100%.

In qualsiasi caso, l'Indennizzo complessivo per evento non può essere superiore a 1.600.000 euro.

2. Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro

Qualora a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell'Assicurato, si verifichi il decesso dell'Assicurato stesso, la Compagnia corrisponde ai figli e/o al coniuge non legalmente separato, che risultino espressamente indicati quali beneficiari, la somma assicurata per il caso Morte aumentata del 50%.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista al punto "Morte contestuale".

3. Menomazioni estetiche

Qualora l'Infortunio abbia come conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate per l'intervento chirurgico riparatore, **fino ad un massimo di 10.000 euro.**

4. Ernie traumatiche

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", la garanzia è estesa

alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di *Inabilità temporanea*, ove prevista, **fino ad un massimo di 100 giorni**;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di *Invalidità permanente* accertato, **con il limite massimo del 10% dell'Invalidità permanente totale se indennizzabile a termini della Tabella di liquidazione prestata**;
- in caso di contestazioni circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo "In caso di *Sinistro* - Infortuni/*Invalidità permanente da Malattia*".

5. Rotture Tendinee sottocutanee (valida solo in abbinamento alle Tabelle di Indennizzo 1) - 2) - 3) e 4)

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori;

la Compagnia liquida il grado di Invalidità pari al 4% **con il massimo di 6.000 euro**, senza l'applicazione delle *Franchigie* eventualmente previste.

6. Malattie tropicali/malaria

La garanzia è estesa all'*Invalidità permanente* derivante dal contagio di *Malattie tropicali*, diagnosticate dai medici curanti, **fino alla concorrenza della somma assicurata e con un massimo Indennizzo di 200.000 euro.**

La malaria si intende parificata alle *Malattie tropicali*.

Nessun Indennizzo ha luogo per Invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 15%; se invece essa risulta superiore al 15% si applica la *Tabella di Indennizzo* indicata in Polizza.

L'operatività di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato, nel momento in cui si rechi all'estero, sia in perfette condizioni di salute e si sia sottoposto alle pratiche di profilassi prescritte dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

In caso di divergenza sulla diagnosi della *Malattia* la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Controversie - Arbitrato irrituale" del capitolo "In caso di *Sinistro* - Infortuni/*Invalidità permanente da Malattia*".

7. Anticipo Indennizzi

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di Assicurazione, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la Compagnia liquida a titolo di acconto:

- per la garanzia *Invalidità permanente* un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'Indennizzo **con il massimo di 30.000 euro. Condizione essen-**

ziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di *Invalidità permanente* stimata dalla *Compagnia* sia superiore al 25%;

- per la garanzia *Inabilità temporanea* l'indennità maturata corrispondente a 30 giorni di *Inabilità temporanea*, a condizione che siano trascorsi almeno 3 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che per tale periodo sia comprovato il continuativo stato di *Inabilità totale*.

L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del *Sinistro*.

L'anticipo di *Indennizzo* non costituisce impegno della *Compagnia* riguardo l'*Indennizzo* definitivo.

Condizioni particolari per singolo Assicurato (valide solo se espressamente richiamate in Polizza)

1. Limitazione delle garanzie ai soli *Rischi professionali*

A parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Cosa assicuriamo", la garanzia è limitata ai soli Infortuni subiti dall'Assicurato nell'esercizio delle *Attività professionali* indicate in *Polizza*, compreso il *Rischio in Itinere*.

Rimane fermo quanto previsto nel capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

2. Limitazione delle garanzie ai soli *Rischi extraprofessionali*

A parziale deroga di quanto indicato al capitolo "Cosa assicuriamo", la garanzia è limitata ai soli Infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente. E' tuttavia compreso in garanzia il *Rischio in Itinere*.

Rimane fermo quanto previsto nel capitolo "Delimitazioni ed esclusioni".

3. Discipline sportive

Unicamente per le garanzie *Morte* ed *Invalidità permanente*, ove previste, l'Assicurazione è estesa all'esercizio delle seguenti discipline sportive, se svolte a carattere ricreativo: scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore.

Relativamente alla garanzia *Invalidità permanente*, non è corrisposto alcun *Indennizzo* qualora l'*Invalidità permanente* accertata sia inferiore al 10%. Qualora l'*Invalidità permanente* accertata sia uguale o superiore al 10%, l'*Indennizzo* è corrisposto sulla base

della *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

4. Supervalutazione arti superiori, visus e udito (valida solo se richiamata in abbinamento alla Tabella di valutazione INAIL e *Tabella di Indennizzo 2) Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione*)

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che comporti la perdita anatomica o funzionale totale di organi o arti di seguito elencati, la *Compagnia* riconosce all'Assicurato l'*Indennizzo* applicando le seguenti percentuali:

	tabella specifica	
	destra	sinistra
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%	50%
Perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
Perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	70%
Perdita totale, anatomica di una mano	100%	70%
Perdita totale, anatomica del pollice	100%	60%
Perdita totale, anatomica dell'indice	70%	60%
Perdita totale, anatomica del medio	50%	40%
Perdita totale, anatomica dell'anulare	25%	20%
Perdita totale, anatomica del mignolo	25%	20%
Perdita totale della falange ungueale del pollice	100%	60%
Perdita totale della falange ungueale dell'indice	70%	60%
Perdita totale della falange ungueale del medio	40%	30%
Perdita totale dell'udito bilaterale	70%	
Perdita totale dell'udito di un orecchio	20%	20%

In tutti gli altri casi non contemplati nel precedente elenco e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la *Compagnia* riconosce all'Assicurato l'*Indennizzo* applicando la *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

5. Bonus *Franchigia* su *Invalidità permanente*

Le seguenti opzioni **A**, **B** e **C**, sono valide solo se richiamate in *Polizza* in abbinamento alle seguenti tabelle scelte dal *Contraente*:

- **Tabella di Indennizzo 1) *Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% e supervalutazione***

oppure

- **Tabella di Indennizzo 2) *Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione***

Le Tabelle di *Indennizzo* sopra richiamate sono riportate nell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione. Nel caso di sottoscrizione della forma assicurativa "multilivello", il Bonus *Franchigia* si applica solo al livello di somma assicurata richiamata in abbinamento alle tabelle di *Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

Bonus Franchigia su Invalidità permanente - OPZIONE A

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti l'opzione Bonus Franchigia - A, la Compagnia corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio senza applicazione di Franchigia, sulla metà della somma assicurata indicata in Polizza, e comunque **con il limite massimo di 100.000 euro**, come riportato nella "Colonna X1" della seguente tabella. Sulla restante parte della somma assicurata, l'Indennità verrà calcolata in base alle percentuali riportate nella "Colonna X2" della seguente tabella.

Colonna X1		Colonna X2	
Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla metà della somma assicurata con il limite massimo di 100.000 euro	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla restante parte della somma assicurata
%	%	%	%
1	1	1	0
2	2	2	0
3	3	3	0
4	4	4	1
5	5	5	2
6	6	6	3
7	7	7	4
8	8	8	5
9	9	9	6
10	10	10	7
11	11	11	8
12	12	12	9
13	13	13	10
14	14	14	11
15	15	15	12
16	16	16	13
17	17	17	14
18	18	18	15
19	19	19	16
20	20	20	18
21	21	21	20

Per le percentuali di Invalidità permanente accertate di grado uguale o superiore al 22%, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in Polizza.

Esempio 1:

Caso di Invalidità permanente	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione A	
Somma assicurata indicata in Polizza	200.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	4%
Percentuale da liquidare	4% per metà della somma assicurata (100.000 euro) e 1% per la restante somma assicurata (100.000 euro)
Indennizzo totale 5.000 euro (di cui 4.000 euro calcolati sulla metà della somma assicurata e 1.000 euro sulla restante somma assicurata)	

Esempio 2:

Caso di Invalidità permanente con forma assicurativa "multilivello"	
Livello 1	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione A	
Somma assicurata indicata in Polizza livello 1	200.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	10%
Indennità	
Percentuale da liquidare	10% per metà della somma assicurata (100.000 euro) e 7% per la restante somma assicurata (100.000 euro)
Indennizzo livello 1 17.000 euro (di cui 10.000 euro calcolati sulla metà della somma assicurata e 7.000 euro sulla restante somma assicurata)	
Livello 2	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 3) - Franchigia 5% e supervalutazione	
Somma assicurata indicata in Polizza livello 2	100.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	10%
Indennità	
Percentuale da liquidare	come da tabella 3): 7%
Indennizzo livello 2 7.000 euro	
Indennizzo totale (livello 1 + livello 2) 24.000 euro	

Bonus Franchigia su Invalidità permanente

- OPZIONE B

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti l'opzione Bonus Franchigia – B, la Compagnia corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, calcolandola sull'intera somma assicurata indicata in Polizza, in base alle percentuali che seguono:

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	8
12	9
13	10
14	11
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21

Per le percentuali di Invalidità permanente accertate di grado uguale o superiore al 22%, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

Esempio 3

Caso di Invalidità permanente	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione B	
Somma assicurata indicata in Polizza	200.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	4%
Percentuale da liquidare	1,5% dell'intera somma assicurata (200.000 euro)
Indennizzo totale	
3.000 euro	

Esempio 4

Caso di Invalidità permanente con forma assicurativa "multilivello"	
Livello 1	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione B	
Somma assicurata indicata in Polizza livello 1	200.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	10%
Indennità	
Percentuale da liquidare	7% dell'intera somma assicurata (200.000 euro)
Indennizzo livello 1	
14.000 euro	
Livello 2	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 3) - Franchigia 5% e supervalutazione	
Somma assicurata indicata in Polizza livello 2	100.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	10%
Indennità	
Percentuale da liquidare	come da tabella 3): 7%
Indennizzo livello 2	
7.000 euro	
Indennizzo totale (livello 1 + livello 2)	
21.000 euro	

Bonus Franchigia su Invalidità permanente - OPZIONE C

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora non siano stati liquidati all'Assicurato Sinistri da Invalidità permanente negli anni precedenti, la Compagnia applica il Bonus Franchigia – Opzione C liquidando il primo Sinistro, per data di accadimento, indennizzabile ai sensi della garanzia Invalidità permanente, secondo la seguente tabella:

	2 anni senza Sinistri liquidati	4 anni senza Sinistri liquidati
Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
%	%	%
1	0	1
2	0,5	2
3	1,5	3
4	2,5	4
5	3,5	5
6	4,5	6
7	5,5	7
8	6,5	8
9	7,5	9
10	8,5	10
11	9,5	11
12	10,5	12
13	11,5	13
14	12,5	14
15	13,5	15
16	14,5	16
17	15,5	17
18	16,5	18
19	17,5	19
20	18,5	20
21	19,5	21

Per le percentuali di Invalidità permanente accertata uguali o superiori al 22%, la Compagnia riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la Tabella di Indennizzo indicata in Polizza.

In presenza di più Sinistri avvenuti successivamente al periodo di assenza di Sinistri liquidati (2 o 4 anni come da tabella sopra riportata), il Bonus Franchigia – C si applica solo al primo Sinistro dell'anno assicurativo di accadimento.

Ai fini del Bonus Franchigia – Opzione C, sono conteggiati i periodi annui interi a partire dalla data di decorrenza dell'Annualità di Polizza successiva alla data di accadimento dell'ultimo Sinistro Invalidità permanente liquidato all'Assicurato.

Tale conteggio deve essere condotto sulla presente Polizza e sulle eventuali Polizze Zurich da essa sostituite a condizione che per l'Assicurato sia stata pre-

stata la garanzia Invalidità permanente e che sia stata continuativamente operante la Condizione Particolare Bonus Franchigia.

Esempio 5

Caso di Invalidità permanente	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione C	
Data di decorrenza Polizza: 01/01/2015	
Somma assicurata indicata in Polizza	200.000 euro
1° Sinistro: data di accadimento 01/02/2020	
Anni senza Sinistri	5
Grado di Invalidità Accertata	9%
Percentuale da liquidare	9% dell'intera somma assicurata (200.000 euro)
Indennizzo totale 18.000 euro	
2° Sinistro: data di accadimento 01/12/2020	
Anni senza Sinistri	0
Grado di Invalidità Accertata	2%
Percentuale da liquidare	0% come da Tabella di Indennizzo 1) - senza applicazione del Bonus Franchigia in quanto gli anni senza Sinistri liquidati sono inferiori a 2.
3° Sinistro: data di accadimento 20/02/2022	
Anni senza Sinistri	1
Grado di Invalidità Accertata	8%
Percentuale da liquidare	5% come da Tabella di Indennizzo 1), sull'intera somma assicurata (200.000 euro) - senza applicazione del Bonus Franchigia in quanto gli anni senza Sinistri liquidati sono inferiori a 2.
Indennizzo totale 10.000 euro	

6. Supervalutazione specifica per la professione di avvocato (valida solo se richiamata in abbinamento alla Tabella di valutazione INAIL e Tabella di Indennizzo 2) Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione).

A parziale deroga delle norme che regolano l'Assicurazione, qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che comporti la perdita anatomica o funzionale totale di or-

gani o arti di seguito elencati, la *Compagnia* riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando le seguenti percentuali:

AVVOCATI	tabella specifica	
	destra	sinistra
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	50%	50%
Perdita totale, anatomica di un arto superiore	100%	100%
Perdita totale, anatomica di un avambraccio	100%	70%
Perdita totale, anatomica di una mano	100%	70%
Perdita totale dell'udito bilaterale	100%	
Perdita totale dell'udito di un orecchio	20%	20%
Perdita totale della favella	100%	

In tutti gli alti casi non contemplati nel precedente elenco e nei casi di perdita anatomica o funzionale parziale dei suddetti organi ed arti, la *Compagnia* riconosce all'Assicurato l'Indennizzo applicando la *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

Garanzia aggiuntiva (valida per tutti gli Assicurati solo se espressamente richiamata in Polizza)

Garanzia spese extra

1. Perdita anno scolastico

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione* che determini per lo studente assicurato la perdita dell'anno scolastico, la *Compagnia* riconosce una indennità aggiuntiva pari a 2.000 euro per *Sinistro*.

La presente estensione della garanzia di *Invalidità permanente* è riservata esclusivamente agli Assicurati iscritti a scuole primarie oppure secondarie di primo o di secondo grado ubicate nel Territorio italiano.

Per il riconoscimento dell'indennità è necessaria la certificazione, rilasciata dall'Autorità scolastica, attestante che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni o all'impossibilità di svolgere gli esami, in conseguenza diretta dell'Infortunio.

2. Degenza da Ricovero

Qualora in conseguenza di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione*, l'Assicurato sia ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata, la *Compagnia* liquida una diaria per ogni giorno di degenza pari a 1/1.000 della somma assicurata per il caso di *Invalidità permanente* con il massimo di 100 euro. La diaria è riconosciuta a partire dal terzo giorno successivo a quello del *Ricovero* e per la durata massima di 365 giorni.

L'indennità di cui sopra è corrisposta previa presentazione di una copia della cartella clinica, completa di dichiarazione della struttura ospedaliera pubblica o privata attestante la durata del *Ricovero*.

La presente indennità non è cumulabile con le garanzie *Inabilità temporanea* e/o *Indennità Ricovero Ospedaliero*.

3. Indennità aggiuntiva per estinzione del mutuo

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione* che comporti la Morte o una *Invalidità permanente* superiore al 50% e l'abitazione di residenza sia assicurata con una *Polizza casa Zurich*, la *Compagnia* liquida una indennità aggiuntiva pari alla sommatoria delle eventuali rate di mutuo residuo, in capo all'Assicurato, acceso sull'abitazione stessa. **L'Indennizzo è riconosciuto fino alla concorrenza del 10% della somma assicurata per Morte o *Invalidità permanente*, con il massimo di 50.000 euro per *Sinistro*.**

L'Indennizzo è corrisposto indipendentemente dall'effettiva estinzione del mutuo.

4. Superamento barriere architettoniche abitative

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione* che comporti una *Invalidità permanente* superiore al 50%, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in *Polizza*, e l'abitazione dell'Assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la *Compagnia* rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'Assicurato.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per *Invalidità permanente*, con il massimo di 20.000 euro per Assicurato e per anno assicurativo.

5. Adeguamento autovettura

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione* che comporti una *Invalidità permanente* superiore al 50%, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in *Polizza*, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento/personalizzazione in riferimento alla disabilità riportata, la *Compagnia* rimborsa le spese documentate ed effettivamente sostenute per tali adattamenti.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza di 5.000 euro per Assicurato e per anno assicurativo.

6. Ulteriori rimborsi

In caso di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni di *Assicurazione*, la *Compagnia* rimborsa, sino ad un massimo di 3.000 euro per *Sinistro* e per Assicurato, le spese documentate ed effettivamente sostenute per:

- trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'Infortunio alla struttura ospedaliera di pronto soccorso pubblica o privata;
- rimpatrio dell'Assicurato se l'Infortunio è avvenuto all'estero;
- azioni di salvataggio o di ricerca dell'Assicurato;
- trasporto della salma dell'Assicurato a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza.

Sezione - Invalidità permanente da Malattia

Cosa assicuriamo

E' assicurata l'*Invalidità permanente* conseguente a *Malattia* manifestatasi successivamente alla data di effetto della *Polizza* e non oltre la data della sua cessazione, secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono.

Accertamento del grado di *Invalidità permanente da Malattia*

Il grado di *Invalidità permanente da Malattia* è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della *Malattia*, sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione indicata in *Polizza*. **L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.**

Determinazione dell'*Indennizzo*

L'*Indennizzo* si determina applicando il grado di *Invalidità permanente da Malattia* accertato alla *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata.

Il diritto all'*indennità permanente da Malattia* è di carattere personale e non è trasmissibile.

Nel caso in cui l'*Assicurato* deceda per cause indipendenti dalla *Malattia* prima che l'*Indennizzo* sia pagato, la *Compagnia* è tenuta a corrispondere agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo oggetto di eventuale offerta della *Compagnia* o di accordo con l'*Assicurato*,
- in assenza di un'offerta della *Compagnia* o di un accordo con l'*Assicurato*, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di quanto previsto al Capitolo "In caso di *Sinistro* – Infortuni / *Invalidità permanente da Malattia*" agli articoli "**Criteria di indennizzabilità per la garanzia *Invalidità permanente da Malattia***" e "**Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Malattia***".

La *Compagnia* si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del *Sinistro* entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione elencata all'articolo "**Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Malattia***".

Delimitazioni ed Esclusioni

Esclusioni

L'*Assicurazione* non è operante per le *Invalidità permanenti* preesistenti alla data di effetto dell'*Assicurazione* nonché per quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

1. *Malattie mentali*, *Malattie* psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
2. A.I.D.S.;

3. *Malattie tropicali*;

4. intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;

5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;

6. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

7. contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o Cyberterrorismo;

8. *Malattie*, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della *Polizza*, non dichiarati con dolo o colpa grave sul *Questionario anamnestico* che è parte integrante della presente *Polizza*.

Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia vale per le *Invalidità permanenti* conseguenti a *Malattia* manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'*Assicurazione*.

Qualora la *Polizza* sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra *Polizza Zurich* con garanzia *Invalidità permanente da Malattia* riguardante gli stessi *Assicurati*, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la *Polizza* sostituita, per le *Prestazioni* da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente *Polizza*, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse *Prestazioni* da essa previste.

In caso di *Sinistro* – Infortuni / *Invalidità permanente da Malattia*

Criteria di indennizzabilità per la garanzia Infortuni

La *Compagnia* corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio denunciato. Qualora l'infortunio colpisca una persona che non è fisicamente integra o sana, non è indennizzabile quanto imputabile a condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute.

Si precisa che è ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.

Obblighi dell'*Assicurato* in caso di Infortunio

Il *Sinistro* Infortuni deve essere denunciato dal *Contrattante* o dall'*Assicurato* o dagli eredi o aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il *Sinistro* si è verificato oppure dal momento in cui l'*Assicurato* o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e co-

munque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della *Polizza*.

La denuncia del *Sinistro* deve essere sottoscritta e consegnata all'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnata la *Polizza* o alla *Compagnia* e deve contenere la descrizione dell'infornuto, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'*Assicurato*. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'infornuto con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti. Si precisa che l'*Assicurato* deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del *Sinistro*.

In caso di ingiustificato ritardo della Denuncia, la *Compagnia* riconosce l'indennità giornaliera da *Inabilità temporanea*, qualora oggetto di copertura, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

Gli eventuali successivi prolungamenti dell'*Inabilità temporanea* devono essere tempestivamente comunicati mediante l'invio di apposito certificato.

L'*Assicurato*, gli eredi o gli aventi diritto devono acconsentire alla visita dei medici della *Compagnia* ed a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo, a tal fine, dal segreto professionale i medici che hanno o hanno avuto in cura l'*Assicurato*; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della cartella clinica. Le spese relative a certificati medici, cartella clinica e ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'*Assicurato*.

Per il rimborso di quanto indicato all'articolo "Spese di cura" occorre presentare i documenti di spesa e la documentazione medica, in particolare la cartella clinica in caso di *Ricovero*.

Qualora l'infornuto comporti il decesso dell'*Assicurato*, o qualora questo sopravvenga durante il periodo di cura, **deve esserne data immediata comunicazione per iscritto all'Intermediario assicurativo o alla Compagnia, presentando:**

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato *Ricovero*;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di *Sinistro* nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.

- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

Nel caso intervenga il decesso per cause diverse dall'infornuto prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche necessarie alla quantificazione dell'*Invalidità permanente*, deve essere fornita prova da parte degli eredi o aventi diritto della

- Avvenuta stabilizzazione dei postumi invalidanti, mediante produzione di certificato di guarigione o di equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medico legale di parte, certificati INAIL) corredata da tutta la documentazione medica e da cartella clinica qualora sia intervenuto *Ricovero*;
- assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'infornuto.

Criteria di indennizzabilità per la garanzia *Invalidità permanente da Malattia*

La *Compagnia* corrisponde l'*Indennizzo* per le conseguenze dirette causate dalla singola *Malattia* denunciata. Qualora la *Malattia* colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Si precisa che per "Malattie coesistenti" si intendono le *Malattie* o invalidità di cui il soggetto assicurato fosse già affetto e che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla *Malattia* denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto incidenti su sistemi organo-funzionali diversi.

Le *Invalidità permanenti da Malattia* già accertate non sono oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove *Malattie*.

Si precisa che per "Malattie concorrenti" si intendono le *Malattie* o invalidità presenti nel soggetto (*Contraente/Assicurato*) che determinano un'influenza peggiorativa sulla *Malattia* denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo funzionale.

Qualora la *Malattia* colpisca un soggetto la cui Invalidità sia già stata accertata per una precedente *Malattia*, la valutazione dell'ulteriore Invalidità è effettuata quindi in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Malattia*

La denuncia deve essere fatta ogni qualvolta, secondo parere medico, ci siano le motivazioni per ritenere che la *Malattia* possa comportare un'*Invalidità permanente* di qualsiasi tipo anche inferiore alla *Franchigia*.

Occorre inoltre:

- allegare alla denuncia, la certificazione medica sulla natura dell'infornuto;
- inviare periodicamente alla *Compagnia* le informazioni circa il decorso della *Malattia* fornendo le cartelle cliniche in caso di *Ricovero* ed ogni altra documentazione utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Qualora il decesso per cause indipendenti dalla *Malattia* avvenisse prima degli accertamenti disposti dalla *Compagnia*, gli eredi o gli aventi diritto dovranno inoltre fornire prova documentale atta a provare:

- l'esistenza e quantificazione dell'*Invalidità permanente da Malattia*;
- l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla *Malattia*.

Controversie - arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze invalidanti del *Sinistro*, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalle Condizioni di *Assicurazione*, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza o domicilio dell'*Assicurato*.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti **tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.**

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'*Invalidità permanente* ad epoca da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno.

Pagamento dell'*Indennizzo*

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata all'articolo "Obblighi dell'*Assicurato* in caso di Infortunio" e "Obblighi dell'*Assicurato* in caso di *Malattia*", espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la *Compagnia* determina l'*Indennizzo* che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la *Compagnia* si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'*Indennizzo*, la *Compagnia*, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

Qualora dopo il pagamento di un'indennità per *Invalidità permanente*, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza delle lesioni subite, si verifichi il decesso dell'*Assicurato*, la *Compagnia* corrisponde ai beneficiari espressamente indicati in *Polizza* la differenza tra l'indennità pagata e la somma assicurata per il caso Morte, qualora questa sia superiore. La *Compagnia* non esige il rimborso nel caso contrario.

Attività diverse da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'*Attività professionale* dichiarata in *Polizza*, l'*Assicurato* deve darne tempestiva comunicazione all'Intermediario a cui è assegnata la *Polizza* o alla *Compagnia*.

Se l'Infortunio si verifica nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata in *Polizza*:

- l'*Indennizzo* è corrisposto integralmente, se la diversa attività non aggrava il *Rischio*;
- l'*Indennizzo* è corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella sotto riportata, se la diversa attività aggrava il *Rischio*.

	classe professionale	Attività professionale dichiarata			
		1	2	3	4
Attività professionale svolta al momento del <i>Sinistro</i>	1	100	100	100	100
	2	85	100	100	100
	3	70	85	100	100
	4	55	70	85	100

Per la valutazione del livello di *Rischio* delle *Attività professionali*, si fa riferimento alla Classificazione riportata nell'allegato 3) - Classificazione delle *Attività professionali*, al presente Fascicolo Informativo.

In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata. **Premesso che la *Compagnia* non avrebbe acconsentito a prestare l'*Assicurazione* se fosse stata a conoscenza del cambiamento di *Attività professionale*, non sarà corrisposto alcun *Indennizzo* qualora l'attività svolta dall'*Assicurato* al momento dell'Infortunio rientri nel seguente elenco:**

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;

più esplosivi;

- militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfigura, circense.

La presente norma non si applica qualora sia operante la Condizione particolare 2 - "Limitazione delle garanzie ai soli *Rischi* extraprofessionali".

Rinuncia al diritto di rivalsa

La *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato*, o degli aventi diritto, ad ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le *Prestazioni* da questa erogate in virtù del presente contratto.

Prescrizione

I termini di prescrizione decorrono dal momento in cui, in sede di visita medica, si accerta la stabilizzazione dei postumi dell'evento dannoso.

Sezione - Assistenza Infortuni

Cosa Assicuriamo

Tutte le *Prestazioni* sono fornite a seguito di Infortunio dell'Assicurato anche se derivante da *Attacchi Cyber*.

FORMA BASE

1. Consulenza medica

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della *Struttura Organizzativa* che valuteranno quale sia la *Prestazione* più opportuna da effettuare in suo favore.

2. Invio di un medico generico in casi d'urgenza

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, provvede ad inviare a spese della *Compagnia* uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* predispone, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

3. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente al *Ricovero* di primo soccorso, la *Struttura Organizzativa* invia direttamente un'autoambulanza, tenendo la *Compagnia* a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno)**.

4. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato abbia subito lesioni ritenute non curabili, nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza per caratteristiche obiettive accertate dai medici della *Struttura Organizzativa*, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la *Struttura Organizzativa* provvede, con spese a carico della *Compagnia*, a:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la cura dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario (limitatamente ai Paesi dell'Unione Europea);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della *Struttura Organizzativa*.

Non danno luogo alla *Prestazione* le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

In conseguenza della *Prestazione* di cui al precedente punto 4), quando l'Assicurato è dimesso dal centro ospedaliero, la *Struttura Organizzativa* provvede all'organizzazione del suo ritorno a casa con il mezzo che i medici della *Struttura Organizzativa* stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa*, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della *Struttura Organizzativa*.

L'Assicurato deve comunicare alla *Struttura Organizzativa* l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico curante, affinché la *Struttura Organizzativa* possa stabilire i necessari contatti.

6. Rientro sanitario

Qualora, a seguito di Infortunio occorso in viaggio, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della *Struttura Organizzativa* ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in una struttura ospedaliera pubblica o privata attrezzata in *Territorio italiano* o alla sua residenza, la *Struttura Organizzativa* provvede ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio)

Il trasporto è interamente organizzato dalla *Struttura Organizzativa* ed effettuato a spese della *Compagnia*, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La *Struttura Organizzativa* utilizza l'aereo sanitario solo nel caso in cui il *Sinistro* avvenga in Paesi dell'Unione Europea. La *Struttura Organizzativa*, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della *Compagnia*, ha il diritto di richiedere all'Assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla *Prestazione*:

- le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le *Malattie* infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

7. Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio, ed a seguito di Infortunio, debba rientrare immediatamente alla propria abitazione, la *Struttura Organizzativa* fornisce al-

l'Assicurato stesso un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata, tenendo la *Compagnia* a proprio carico le relative spese, **fino ad un massimo complessivo di 200 euro per Sinistro**.

Nei casi in cui l'Assicurato, per rientrare più rapidamente, debba abbandonare un veicolo in loco, la *Struttura Organizzativa* mette a sua disposizione un ulteriore biglietto per recuperare successivamente il veicolo stesso, tenendo la *Compagnia* a proprio carico la relativa spesa.

8. Viaggio di un familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio occorso in viaggio, necessiti di un *Ricovero* in struttura ospedaliera pubblica o privata per un periodo superiore a 10 giorni, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione di un componente della famiglia residente in *Territorio italiano* un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, tenendo la *Compagnia* a proprio carico le relative spese.

9. Rimpatrio salma

Qualora, a seguito di Infortunio, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la *Struttura Organizzativa* predispone ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in *Territorio italiano* tenendo la *Compagnia* a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 5.000 euro per Sinistro**. Qualora il trasporto comporti un esborso maggiore del massimale assicurato la *Struttura Organizzativa* non attiva la *Prestazione* fino a quando non abbia ricevuto adeguate garanzie bancarie o di altri tipo per la quota dei costi non compresi nel massimale suddetto. Sono in ogni caso escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

10. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato sia stato ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata ed al suo ritorno a casa necessiti di essere assistito da un infermiere, la *Struttura Organizzativa* invia direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone in carico la *Compagnia* l'onorario **fino ad un massimo di 200 euro complessivi per Sinistro**.

11. Invio Collaboratrice familiare

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato sia stato ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata per un periodo superiore a 5 giorni e sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la *Struttura Organizzativa* segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Compagnia* a proprio carico il relativo costo **fino ad un massimo di 200 euro per Sinistro**.

12. Consegna spesa al domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a *Ricovero* in Istituto di cura superiore a 5 giorni per Infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la *Struttura Organizzativa*, nei primi 15 giorni di convalescenza post-*Ricovero*, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la *Compagnia* a proprio carico il compenso convenzionale di 2 ore ad intervento e **per un**

massimo di tre invii per ogni periodo post-*Ricovero*. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

13. Rientro con un familiare

Qualora, a seguito di Infortunio, si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato ed i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Struttura Organizzativa* predispone anche il viaggio di un familiare già presente sul posto, in qualità di accompagnatore, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. Il relativo costo è carico della *Compagnia* che ha il diritto di richiedere all'accompagnatore dell'Assicurato il biglietto aereo, ferroviario o gli altri documenti di viaggio se già acquistati.

14. Accompagnamento di minori

Qualora l'Assicurato in viaggio, accompagnato da minori di 15 anni, purché assicurati, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro a seguito di Infortunio, la *Struttura Organizzativa* provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un familiare convivente, residente nel *Territorio italiano*, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza nel *Territorio italiano*.

Il relativo costo è a carico della *Compagnia* con l'esclusione delle eventuali spese di soggiorno del familiare.

L'Assicurato deve pertanto comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la *Struttura Organizzativa* possa contattarlo e organizzare il viaggio.

15. Anticipo spese mediche

(*Prestazione* valida solo al di fuori del *Territorio italiano*) Qualora, a seguito di Infortunio avvenuto durante un viaggio all'estero, l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile corrisponderle direttamente e immediatamente, la *Struttura Organizzativa* anticipa, per conto dell'Assicurato, le fatture **fino ad un importo massimo di 5.000 euro per Sinistro**.

La *Prestazione* non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla *Struttura Organizzativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

Al rientro l'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'Assicurato è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente.

16. Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio ed a seguito di Infortunio, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, ed eventualmente i passeggeri, fino alla

città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La *Compagnia* tiene a proprio carico l'onorario dell'autista **fino ad un massimale di 500 euro**, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientri senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo, l'Assicurazione e se si trova all'estero, la Carta Verde.

17. Prolungamento del soggiorno

Qualora, a seguito di Infortunio comprovato da certificazione medica scritta, l'Assicurato non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in *Territorio italiano* alla data stabilita, la *Struttura Organizzativa*, ricevuta la sua comunicazione, organizza il prolungamento del suo soggiorno in albergo (limitatamente al pernottamento e alla prima colazione), tenendo la *Compagnia* a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di 60 euro al giorno**.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

18. Interprete a disposizione

(*Prestazione valida solo ad di fuori del Territorio italiano*)

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti dell'intervento di un interprete, la *Struttura Organizzativa* provvede ad inviarlo tenendone a proprio carico l'onorario **fino ad un massimo di 8 ore lavorative**.

FORMA TOP

Oltre a tutte le *Prestazioni* dalla Forma Base sono previste le seguenti *Prestazioni*.

1. Assistenza psicologica telefonica

Qualora, in caso di Infortunio, l'Assicurato necessiti un supporto psicologico, può contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante, i medici psicologi della *Struttura Organizzativa*.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

2.1. Ospedalizzazione domiciliare

Qualora a seguito di Infortunio si renda necessario il *Ricovero* dell'Assicurato per la durata di almeno 5 giorni, se con intervento chirurgico, o di almeno 8 giorni, se senza intervento chirurgico, la *Struttura Organizzativa* predispone e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del *Ricovero* in forma domiciliare mediante *Prestazioni* di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 15 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della *Prestazione*, sono definite dal servizio medico della *Struttura Organizzativa* in accordo con i medici curanti dell'Assicurato. **La *Struttura Organizzativa* deve essere attivata con almeno 48 ore di anticipo rispetto al momento delle dimissioni.**

I costi sono a carico della *Compagnia*.

2.2. Servizi Sanitari

Qualora a seguito di Infortunio si renda necessario il *Ricovero* dell'Assicurato per la durata di almeno 5 cinque giorni, se con intervento chirurgico, o di almeno 8 otto giorni, se senza intervento chirurgico, e l'Assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, provvede ad organizzare il servizio **fino ad un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dalla Struttura Ospedaliera pubblica o privata**.

2.3. Servizi non Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio che abbia comportato un *Ricovero* di almeno 5 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 8 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della *Prestazione*, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, **fino ad un massimo di 15 giorni dopo le dimissioni dalla Struttura Ospedaliera pubblica o privata**.

Delimitazioni ed esclusioni

Delimitazioni

In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del *Territorio italiano* superiore a 90 giorni la garanzia si intende sospesa.

Esclusioni

Sono escluse le *Prestazioni* dovute o conseguenti a:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, *Cyberterrorismo*;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) Infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli Infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- f) *Malattie mentali e Malattie nervose*;
- g) *Malattie* dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- h) ogni patologia preesistente;
- i) *Malattie* e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- j) l'espianto e/o il trapianto di organi.

Effetti giuridici delle *Prestazioni*

- L'*Assicurato* libera dal segreto professionale, relativamente ai *Sinistri* formanti oggetto di questo Servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del *Sinistro*.
- Le *Prestazioni* non sono fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- Qualora l'*Assicurato* non usufruisca di una o più *Prestazioni*, la *Compagnia* non è tenuta a fornire *Indennizzi* o *Prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- Il diritto alle *Prestazioni* decade qualora l'*Assicurato* non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *Sinistro*.
- La *Struttura Organizzativa* non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di *Sinistro*

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'*Assicurato* potrà telefonare alla *Struttura Organizzativa* in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde: 800-181515
oppure al numero: + 39 015-255.9790

oppure può scrivere a:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.,
Strada Trossi 66
13871 Verrone (BI)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
3. Numero di *Polizza* preceduto dalla sigla **ZUIN** (per la garanzia base) **ZUIT** (per la garanzia Top)
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la *Struttura Organizzativa* provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La *Struttura Organizzativa* potrà richiedere all'*Assicurato* – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla *Struttura Organizzativa* gli ORIGINALI (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla *Struttura Organizzativa* che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Allegato 1)

Tabelle di valutazione medico-legale

Tabelle di valutazione del grado percentuale di <i>Invalidità permanente</i>	Tabella di valutazione Zurich		Tabella di valutazione Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra
Sordità completa di un orecchio	10		15	
Sordità completa bilaterale	40		60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25		35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	28		40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	4		8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10		18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria con possibilità di applicazione di protesi efficace	7		11	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria senza possibilità di applicazione di protesi efficace	20		30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	15		25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	8		15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità				
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio			5	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	25	20	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	20	16	40	30
Perdita del braccio per disarticolazione scapolo-omeroale	70	60	85	75
Perdita del braccio per amputazione al terzo superiore	65	55	80	70
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	60	50	75	65
Perdita dell'avambraccio destro al terzo medio o perdita della mano	60	50	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	60	50	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	30	25	35	30
Perdita totale del pollice	18	16	28	23
Perdita totale dell'indice	14	12	15	13
Perdita totale del medio	8	6	12	
Perdita totale dell'anulare	8	6	8	
Perdita totale del mignolo	12	10	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	9	8	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	1/3 del dito		7	6
Perdita della falange ungueale del medio	1/3 del dito		5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	1/3 del dito		3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	1/3 del dito		5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	2/3 del dito		11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	2/3 del dito		8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	2/3 del dito		6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	2/3 del dito		8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in semipronazione	25	20	30	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in pronazione	30	25	35	30

Tabelle di valutazione del grado percentuale di <i>Invalidità permanente</i>	Tabella di valutazione Zurich		Tabella di valutazione Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124	
	a destra	a sinistra	a destra	a sinistra
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 in supinazione	35	30	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110 - 75 quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	20	15	25	20
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	40	35	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in semipronazione	30	25	40	25
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in pronazione	35	30	45	40
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi in supinazione	45	40	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	12	10	18	15
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in semipronazione	15	12	22	18
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in pronazione	20	15	25	22
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione in supinazione	25	20	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	35		45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di un apparecchio di protesi	70		80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70		70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	50		65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	50		55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	40		50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	25		30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	10		16	
Perdita totale del solo alluce	5		7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	2		3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	25		35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	10		20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	7		11	
Perdita della voce	25		35	

N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Allegato 2)

Tabelle di *Indennizzo* riferite alle Condizioni Particolari selezionate e indicate in *Polizza*

Tabella *Indennizzo 1 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% e supervalutazione*

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	1	29	29	54	78	79	137
5	2	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	8	36	42	61	92	86	158
12	9	37	44	62	94	87	161
13	10	38	46	63	96	88	164
14	11	39	48	64	98	89	167
15	12	40	50	65	100	90	170
16	13	41	52	66	102	91	173
17	14	42	54	67	104	92	176
18	15	43	56	68	106	93	179
19	16	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Franchigia attività sportive

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'*Indennizzo dell'Invalidità permanente* è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - *Invalidità permanente* con *Franchigia 5%* senza supervalutazione.

Tabella *Indennizzo 2 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 3% senza supervalutazione*

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	51	76	76
2	0	27	27	52	52	77	77
3	0	28	28	53	53	78	78
4	1	29	29	54	54	79	79
5	2	30	30	55	55	80	80
6	3	31	31	56	56	81	81
7	4	32	32	57	57	82	82
8	5	33	33	58	58	83	83
9	6	34	34	59	59	84	84
10	7	35	35	60	60	85	85
11	8	36	36	61	61	86	86
12	9	37	37	62	62	87	87
13	10	38	38	63	63	88	88
14	11	39	39	64	64	89	89
15	12	40	40	65	65	90	90
16	13	41	41	66	66	91	91
17	14	42	42	67	67	92	92
18	15	43	43	68	68	93	93
19	16	44	44	69	69	94	94
20	18	45	45	70	70	95	95
21	20	46	46	71	71	96	96
22	22	47	47	72	72	97	97
23	23	48	48	73	73	98	98
24	24	49	49	74	74	99	99
25	25	50	50	75	75	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Franchigia attività sportive

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'*Indennizzo dell'Invalidità permanente* è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - *Invalidità permanente con Franchigia 5% senza supervalutazione*.

Tabella Indennizzo 3 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% e supervalutazione

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	72	76	128
2	0	27	27	52	74	77	131
3	0	28	28	53	76	78	134
4	0	29	29	54	78	79	137
5	0	30	30	55	80	80	140
6	3	31	32	56	82	81	143
7	4	32	34	57	84	82	146
8	5	33	36	58	86	83	149
9	6	34	38	59	88	84	152
10	7	35	40	60	90	85	155
11	8	36	42	61	92	86	158
12	9	37	44	62	94	87	161
13	10	38	46	63	96	88	164
14	11	39	48	64	98	89	167
15	12	40	50	65	100	90	170
16	13	41	52	66	102	91	173
17	14	42	54	67	104	92	176
18	15	43	56	68	106	93	179
19	16	44	58	69	108	94	182
20	18	45	60	70	110	95	185
21	20	46	62	71	113	96	188
22	22	47	64	72	116	97	191
23	23	48	66	73	119	98	194
24	24	49	68	74	122	99	197
25	25	50	70	75	125	100	200

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Franchigia attività sportive

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio nello svolgimento di gare ed allenamenti delle seguenti attività sportive esercitate a carattere non professionistico sotto tesseramento presso le relative Federazioni: calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, l'Indennizzo dell'*Invalidità permanente* è determinato applicando la tabella di liquidazione 4 - *Invalidità permanente* con *Franchigia 5%* senza supervalutazione.

Tabella *Indennizzo 4 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 5% senza supervalutazione*

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	51	76	76
2	0	27	27	52	52	77	77
3	0	28	28	53	53	78	78
4	0	29	29	54	54	79	79
5	0	30	30	55	55	80	80
6	3	31	31	56	56	81	81
7	4	32	32	57	57	82	82
8	5	33	33	58	58	83	83
9	6	34	34	59	59	84	84
10	7	35	35	60	60	85	85
11	8	36	36	61	61	86	86
12	9	37	37	62	62	87	87
13	10	38	38	63	63	88	88
14	11	39	39	64	64	89	89
15	12	40	40	65	65	90	90
16	13	41	41	66	66	91	91
17	14	42	42	67	67	92	92
18	15	43	43	68	68	93	93
19	16	44	44	69	69	94	94
20	18	45	45	70	70	95	95
21	20	46	46	71	71	96	96
22	22	47	47	72	72	97	97
23	23	48	48	73	73	98	98
24	24	49	49	74	74	99	99
25	25	50	50	75	75	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Tabella Indennizzo 5 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 10%

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	26	51	51	76	100
2	0	27	27	52	52	77	100
3	0	28	28	53	53	78	100
4	0	29	29	54	54	79	100
5	0	30	30	55	55	80	100
6	0	31	31	56	56	81	100
7	0	32	32	57	57	82	100
8	0	33	33	58	58	83	100
9	0	34	34	59	59	84	100
10	0	35	35	60	60	85	100
11	3	36	36	61	61	86	100
12	4	37	37	62	62	87	100
13	5	38	38	63	63	88	100
14	6	39	39	64	64	89	100
15	7	40	40	65	65	90	100
16	8	41	41	66	100	91	100
17	10	42	42	67	100	92	100
18	12	43	43	68	100	93	100
19	14	44	44	69	100	94	100
20	16	45	45	70	100	95	100
21	20	46	46	71	100	96	100
22	22	47	47	72	100	97	100
23	23	48	48	73	100	98	100
24	24	49	49	74	100	99	100
25	25	50	50	75	100	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Tabella Indennizzo 6 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 20%

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	20	51	51	76	100
2	0	27	23	52	52	77	100
3	0	28	26	53	53	78	100
4	0	29	29	54	54	79	100
5	0	30	30	55	55	80	100
6	0	31	31	56	56	81	100
7	0	32	32	57	57	82	100
8	0	33	33	58	58	83	100
9	0	34	34	59	59	84	100
10	0	35	35	60	60	85	100
11	0	36	36	61	61	86	100
12	0	37	37	62	62	87	100
13	0	38	38	63	63	88	100
14	0	39	39	64	64	89	100
15	0	40	40	65	65	90	100
16	0	41	41	66	100	91	100
17	0	42	42	67	100	92	100
18	0	43	43	68	100	93	100
19	0	44	44	69	100	94	100
20	0	45	45	70	100	95	100
21	6	46	46	71	100	96	100
22	8	47	47	72	100	97	100
23	11	48	48	73	100	98	100
24	14	49	49	74	100	99	100
25	17	50	50	75	100	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Tabella Indennizzo 7 - Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia 50%

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	0	51	51	76	100
2	0	27	0	52	52	77	100
3	0	28	0	53	53	78	100
4	0	29	0	54	54	79	100
5	0	30	0	55	55	80	100
6	0	31	0	56	56	81	100
7	0	32	0	57	57	82	100
8	0	33	0	58	58	83	100
9	0	34	0	59	59	84	100
10	0	35	0	60	60	85	100
11	0	36	0	61	61	86	100
12	0	37	0	62	62	87	100
13	0	38	0	63	63	88	100
14	0	39	0	64	64	89	100
15	0	40	0	65	65	90	100
16	0	41	0	66	100	91	100
17	0	42	0	67	100	92	100
18	0	43	0	68	100	93	100
19	0	44	0	69	100	94	100
20	0	45	0	70	100	95	100
21	0	46	0	71	100	96	100
22	0	47	0	72	100	97	100
23	0	48	0	73	100	98	100
24	0	49	0	74	100	99	100
25	0	50	0	75	100	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Tabella Indennizzo 8 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 22%

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	4	51	53	76	100
2	0	27	6	52	56	77	100
3	0	28	8	53	59	78	100
4	0	29	10	54	62	79	100
5	0	30	12	55	65	80	100
6	0	31	14	56	68	81	100
7	0	32	16	57	71	82	100
8	0	33	18	58	74	83	100
9	0	34	20	59	77	84	100
10	0	35	22	60	80	85	100
11	0	36	24	61	83	86	100
12	0	37	26	62	86	87	100
13	0	38	28	63	89	88	100
14	0	39	29	64	92	89	100
15	0	40	30	65	95	90	100
16	0	41	32	66	100	91	100
17	0	42	34	67	100	92	100
18	0	43	36	68	100	93	100
19	0	44	38	69	100	94	100
20	0	45	40	70	100	95	100
21	0	46	42	71	100	96	100
22	0	47	44	72	100	97	100
23	2	48	46	73	100	98	100
24	2	49	48	74	100	99	100
25	3	50	50	75	100	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Tabella Indennizzo 9 - Invalidità permanente da Malattia con Franchigia 50%

Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare
1	0	26	0	51	53	76	100
2	0	27	0	52	56	77	100
3	0	28	0	53	59	78	100
4	0	29	0	54	62	79	100
5	0	30	0	55	65	80	100
6	0	31	0	56	68	81	100
7	0	32	0	57	71	82	100
8	0	33	0	58	74	83	100
9	0	34	0	59	77	84	100
10	0	35	0	60	80	85	100
11	0	36	0	61	83	86	100
12	0	37	0	62	86	87	100
13	0	38	0	63	89	88	100
14	0	39	0	64	92	89	100
15	0	40	0	65	95	90	100
16	0	41	0	66	100	91	100
17	0	42	0	67	100	92	100
18	0	43	0	68	100	93	100
19	0	44	0	69	100	94	100
20	0	45	0	70	100	95	100
21	0	46	0	71	100	96	100
22	0	47	0	72	100	97	100
23	0	48	0	73	100	98	100
24	0	49	0	74	100	99	100
25	0	50	0	75	100	100	100

Il grado di *Invalidità permanente* verrà accertato sulla base della *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

Allegato 3)

Classificazione delle *Attività professionali*

Se un *Assicurato* ha più occupazioni, è adottato il tasso della classe professionale di *Rischio* più elevata come da successivo elenco e ciò ai fini dell'applicazione degli Artt. 1 "Dichiarazione relative alle circostanze del *Rischio*" e 13 "Aggravamento del *Rischio*" delle Condizioni Generali.

Classe professionale 1^a

<i>Attività professionale</i>	
agronomo senza accesso a cantieri	geometra senza accesso a cantieri
amministratore d'azienda con mansioni prevalentemente interne	igienista dentale
amministratore di beni immobiliari	impiegato con mansioni amministrative prevalentemente interne
appartenente al clero	imprenditore, titolare di azienda con mansioni amministrative prevalentemente interne
architetto senza accesso ai cantieri	indossatore/ricce, modello/a
archivista, bibliotecario	ingegnere senza accesso a cantieri
arredatore di interni	interprete, traduttore
assistente di volo - solo <i>Rischio</i> extra prof	magistrato
assistente sociale	medico specialista o generico
attore (escluso stunt man e controfigura)	musicista: compositore, concertista, direttore d'orchestra, insegnante di musica
avvocato	notaio
bambino/a in età prescolare	operatore in centri elaborazione dati
benestante senza altra <i>Attività professionale</i>	ostetrico/a
commercialista	parrucchiere per uomo e per donna, barbiere
commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale senza laboratorio di riparazione e senza partecipazione a lavori di installazione	pilota di aereo ed elicottero - solo <i>Rischio</i> extra prof
curatore di musei	programmatore informatico
dentista	psicologo, sociologo
dirigente con mansioni amministrative prevalentemente interne	quadro, funzionario con mansioni amministrative prevalentemente interne
disegnatore, pittore, grafico	regista, direttore artistico, sceneggiatore, scenografo
docente scolastico o universitario, escluso l'insegnamento di materie manuali tecniche e sperimentali	scrittore
erborista	stagista e/o tirocinante con mansioni interne, senza accesso a cantieri e/o laboratori
estetista, truccatore	
farmacista	
fisioterapista, massaggiatore	

Classe professionale 2^a

Attività professionale	
addetto alle pulizie	gestore e/o dipendente di distributori di carburanti - escluse attività lavaggio e manutenzione
agente di commercio, propagandista	gestore e/o dipendente di garage e autorimesse
agente o <i>Intermediario assicurativo</i> , promotore finanziario - creditizio	gestore e/o dipendente di laboratorio ed azienda di panetteria, pasticceria, pastificio, gelateria
agente o rappresentante di artisti ed atleti	gestore e/o dipendente di lavanderia o tintoria
agronomo con accesso a cantieri	giardiniere (escluso abbattimento di piante ad alto fusto), vivaista, floricoltore, orticoltore
albergatore, ristoratore	giornalaio, edicolante
allenatore sportivo, personal trainer, maestro di sport	giornalista, pubblicitista
allevatore, addestratore di cani e di gatti	guida turistica, accompagnatore turistico
amministratore d'azienda con mansioni esterne	hostess di eventi, promoter
analista biologo, chimico, fisico	impiegato con mansioni esterne
architetto con accesso a cantieri	imprenditore, titolare di azienda con mansioni esterne
autista, taxista	infermiere
bagnino, assistente bagnanti	ingegnere con accesso ai cantieri
barista, cameriere	istruttore di scuola guida
casalingo/a	odontotecnico
casaro	operaio (escluso muratore) che non utilizza macchine utensili
cesellatore, scultore	orafo, orefice, orologiaio, gioielliere
collaboratore/ricce domestico/a, baby sitter, badante	ottico, optometrista
collaboratore/ricce scolastico/a	pellicciaio, pellettiere
commerciante ambulante	pensionato
commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale con partecipazione a lavori di installazione	perito, accertatore con svolgimento di sopralluoghi tecnici
commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di articoli igienico sanitari	portinaio, custode, usciere
commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di elettrodomestici, radio tv	postino
commerciante: titolare e/o dipendente di esercizio commerciale di mobili	quadro, funzionario con mansioni esterne
coreografo, ballerino, insegnante di danza	radiotecnico, esclusa installazione di antenne
cuoco, gastronomo, pizzaiolo	restauratore di oggetti d'arte, senza accesso ad impalcature e ponteggi
dirigente con mansioni esterne	ricercatore e/o assistente universitario
docente di educazione fisica	sarto, tagliatore artigianale, modellista, cappellaio, ricamatore
docente scolastico o universitario di materie manuali tecniche e sperimentali	soccorritore sanitario
ebanista, liutaio	spedizionario
enologo, enotecnico, sommelier	stagista e/o tirocinante con accesso a cantieri e/o laboratori
fioraio	studente
fotografo, cineoperatore	tabaccaio
geologo	tecnico radiologo
geometra con accesso a cantieri	veterinario
gestore e/o dipendente di cinema, teatri	vetrinista

Classe professionale 3^a

Attività professionale	
agricoltore	istruttore, addestratore cinofilo
allevatore di animali e bestiame	macellaio, salumiere
autotrasportatore e conduttore di macchine operatrici	operaio (escluso muratore) che utilizza macchine utensili
calzolaio	operatore ecologico
elettrauto	pony express, addetto alle consegne a domicilio
elettricista senza accesso ad impalcature, tetti e costruzioni	restauratore di oggetti d'arte, con accesso ad impalcature e ponteggi
elettrotecnico senza accesso ad impalcature, tetti e costruzioni	tessitore
gestore e/o dipendente di carrozzeria o di auto officina	tipografo, litografo, stampatore, rilegatore
gestore e/o dipendente di distributori di carburanti - benzinaio - incluse attività lavaggio e manutenzione	traslocatore, addetto allo spostamento merci, facchino ed assimilati
gommista	verniciatore
guardia ecologica in servizio non armato	vetraio
idraulico senza accesso ad impalcature, tetti e costruzioni	
imbianchino, stuccatore, tappezziere senza accesso ad impalcature esterne, tetti e costruzioni	

Classe professionale 4^a

Attività professionale	
addestratore di cavalli, insegnante di equitazione	idraulico con accesso ad impalcature, tetti e costruzioni
antennista	imbianchino, stuccatore, tappezziere con accesso ad impalcature esterne, tetti e costruzioni
elettricista con accesso ad impalcature, tetti e costruzioni	marinaio di imbarcazioni da diporto
elettrotecnico con accesso ad impalcature, tetti e costruzioni	muratore
fabbro, carpentiere	pavimentatore, parquettista, piastrellista
falegname, mobiliere, artigiano del legno	pescatore
fotoreporter	
giardiniere (incluso abbattimento di piante ad alto fusto), vivaista, floricoltore, orticoltore, boscaiolo	
gruista, installatore e conduttore di mezzi di sollevamento	

Allegato 4)

Coefficienti adeguamento del premio per età dell'Assicurato (garanzie Infortuni e *Malattia*)

Infortuni

Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente	Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente
0	=	50	1,00000
1	1,00000	51	1,01000
2	1,00000	52	1,00990
3	1,00000	53	1,00980
4	1,00000	54	1,00971
5	1,00000	55	1,00962
6	1,00000	56	1,00952
7	1,00000	57	1,00943
8	1,00000	58	1,00935
9	1,00000	59	1,01852
10	1,00000	60	1,01818
11	1,00000	61	1,00893
12	1,00000	62	1,01770
13	1,00000	63	1,01739
14	1,00000	64	1,01709
15	1,00000	65	1,01681
16	1,00000	66	1,01653
17	1,00000	67	1,01626
18	1,00000	68	1,01600
19	1,00000	69	1,01575
20	1,00000	70	1,00775
21	1,00000	71	1,02308
22	1,00000	72	1,02256
23	1,00000	73	1,02206
24	1,00000	74	1,02158
25	1,00000	75	1,02113
26	1,00000	76	1,02069
27	1,00000	77	1,02027
28	1,00000	78	1,01987
29	1,00000	79	1,01948
30	1,00000	80	1,01911
31	1,00000	81	1,01875
32	1,00000	82	1,01840
33	1,00000	83	1,01807
34	1,00000	84	1,01775
35	1,00000	85	1,01744
36	1,00000	86	1,01714
37	1,00000	87	1,01685
38	1,00000	88	1,01657
39	1,00000	89	1,01630
40	1,00000	90	1,01604
41	1,00000	91	1,01579
42	1,00000	92	1,01554
43	1,00000	93	1,01531
44	1,00000	94	1,01508
45	1,00000	95	1,01485
46	1,00000	96	1,01463
47	1,00000	97	1,01442
48	1,00000	98	1,01422
49	1,00000	99	1,01402

Malattia

Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente	Età	Coefficiente da moltiplicare a premio anno precedente
0	=	50	1,04190
1	1,00000	51	1,04021
2	1,00000	52	1,03866
3	1,00000	53	1,03722
4	1,00000	54	1,05000
5	1,00000	55	1,05000
6	1,00000	56	1,05000
7	1,00000	57	1,05000
8	1,00000	58	1,05000
9	1,00000	59	1,02000
10	1,00000	60	1,02000
11	1,00000	61	1,02000
12	1,00000	62	1,02000
13	1,00000	63	1,02000
14	1,00000	64	1,02000
15	1,00000	65	1,02000
16	1,00000	66	1,02000
17	1,00000	67	1,02000
18	1,00000	68	1,02000
19	1,00000	69	1,02000
20	1,00000	70	1,02000
21	1,00000	71	=
22	1,00000	72	=
23	1,00000	73	=
24	1,00000	74	=
25	1,00000	75	=
26	1,00000	76	=
27	1,00000	77	=
28	1,00000	78	=
29	1,00000	79	=
30	1,00000	80	=
31	1,04380	81	=
32	1,04196	82	=
33	1,04027	83	=
34	1,12710	84	=
35	1,11277	85	=
36	1,10134	86	=
37	1,09201	87	=
38	1,08426	88	=
39	1,07771	89	=
40	1,07211	90	=
41	1,06726	91	=
42	1,06302	92	=
43	1,05928	93	=
44	1,05597	94	=
45	1,05300	95	=
46	1,05033	96	=
47	1,04792	97	=
48	1,04573	98	=
49	1,04373	99	=

Allegato 5)

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti: quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità; quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità; quando alcuno è scomparso per un Infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'Infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'Infortunio è avvenuto.

Art. 62 - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50. Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso (49 e seguenti; Cod. Proc. Civ. 726).

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

1. Se l'Assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il *Contraente* deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.
2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il *Contraente*, anche se in possesso della *Polizza*, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.
3. All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al *Contraente* in dipendenza del contratto.

4. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il *Contraente* ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

1. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del *Contraente*, relative a circostanze tali che l'Assicurato non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il *Contraente* ha agito con dolo o con colpa grave.
2. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al *Contraente* di volere esercitare l'impugnazione.
3. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Se il *Sinistro* si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
4. Se l'Assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

1. Se il *Contraente* ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
2. Se il *Sinistro* si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle Assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al *Rischio*, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del Rischio

1. Se il *Contraente* comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del *Rischio*

tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un Premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor Premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del *Rischio*

1. Il *Contraente* ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il *Rischio* in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'*Assicurazione* o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.
2. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'*Assicurato* entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del *Rischio*.
3. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'*Assicurazione*; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del *Rischio* è tale che per l'*Assicurazione* sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.
4. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di *Assicurazione* in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
5. Se il *Sinistro* si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del *Rischio* sia tale che egli non avrebbe consentito l'*Assicurazione* se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sa-

rebbe stato fissato se il maggiore *Rischio* fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 - Mancato pagamento del Premio

1. Se il *Contraente* non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'*Assicurazione* resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il *Contraente* paga quanto è da lui dovuto.
2. Se alle scadenze convenute il *Contraente* non paga i premi successivi, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
3. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di *Assicurazione* in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle *Assicurazioni* sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

1. Se per il medesimo *Rischio* sono contratte separatamente più *Assicurazioni* presso diversi assicuratori, l'*Assicurato* deve dare avviso di tutte le *Assicurazioni* a ciascun assicuratore.
2. Se l'*Assicurato* omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
3. Nel caso di *Sinistro*, l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'*Assicurato* può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
4. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Gentile cliente,

abbiamo predisposto questo modulo per semplificare le operazioni in caso di *Sinistro* e rendere più veloce la liquidazione del danno.

La invitiamo a compilare il modulo con attenzione e di inoltrarlo, personalmente o tramite PEC, e-mail, fax o lettera raccomandata al suo *Intermediario assicurativo* **entro 5 giorni**.

Da inoltrare personalmente o tramite PEC, e-mail, via fax o mediante lettera raccomandata all'Intermediario alla quale è assegnata la Polizza.

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____ **N° POLIZZA** _____

DATI DELL'ASSICURATO (persona che ha subito l'Infortunio):

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

Io Sottoscritto, *Assicurato* della *Polizza* in oggetto, in merito all'Infortunio avvenuto in data _____

luogo _____ denuncio nel dettaglio la dinamica dell'evento infortunistico:

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

Pronto soccorso: SI se sì, allegare documentazione medica in originale della struttura sanitaria

NO

Denuncio eventuali precedenti infortuni:

Io Sottoscritto dichiaro che:

non esistono a mio nome altre *Polizze* Infortuni;

esistono altre *Polizze* Infortuni a mio nome; in tal caso, specificare:

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____



Zurich Insurance plc

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
Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano
Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603
Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 31.08 al n. I.00066
C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968
Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

modello P.9133.SET INFORMATIVO - ed. 10.2021 - R. 01/22

