

Zurich Daily

Contratto di Assicurazione Malattia
per la copertura
Diaria da Ricovero.

Glossario e Condizioni di Assicurazione



Indice

Glossario	pag.	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 3
Condizioni Generali	pag.	1 di 3
Diaria da Ricovero	pag.	1 di 3
• Cosa e come Assicuriamo	pag.	1 di 3
• Esclusioni e limiti	pag.	2 di 3
• Cosa fare in caso di Sinistro	pag.	2 di 3

Glossario

Assicurato – il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione - il contratto di Assicurazione.

Carenza (periodo di) – periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Contraente - la persona che sottoscrive il contratto di Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altre persone.

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

Day Hospital - la permanenza in un Istituto di Cura che garantisce la presenza continua di un medico o di un anestesista all'interno della struttura, che non comporta pernottamento e che prevede l'emissione di una cartella clinica.

Indennizzo - la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato al verificarsi dell'evento garantito.

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 attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Istituto di Cura - struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata al Ricovero dei malati.

Malattia - ogni alterazione dello stato di salute non dovuta ad 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).

Polizza - il documento che prova l'Assicurazione.

Premio - la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Reclamante - Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il Contraente, l'Assicurato, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione 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 presso un Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che comporti almeno un pernottamento.

Rischio - la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

Sinistro - il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

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

Tutto ciò che è dichiarato in modo inesatto o non detto da parte dell'Assicurato/Contraente riguardante circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché, in caso di dolo o colpa grave, la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Articolo 2

Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella 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 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 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.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

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

Articolo 4

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 1 anno è prorogata di 1 anno e così successivamente.

Articolo 5

Oneri fiscali

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

Articolo 6

Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

La Polizza è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'Assicurazione Infortuni e Malattia e rimane in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risulti o sia stabilita successivamente.

Articolo 7

Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti 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 8

Validità Territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei Sinistri sarà fatta in Italia ed in valuta locale corrente.

Articolo 9

Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo 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 il Contraente deve darne avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. Qualora il Contraente ometta dolosamente di dare le comunicazioni di cui sopra, la Compagnia non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

Tali obblighi sono estesi anche all'Assicurato se persona diversa dal Contraente.

Articolo 10

Rinuncia alla 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 effettuate in virtù del presente contratto.

Articolo 11

Foro competente

Qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione del presente Contratto sarà sottoposta all'esclusiva competenza del Foro di Milano. Qualora il Contraente e/o l'Assicurato sia qualificabile come "consumatore" ai sensi del Codice del Consumo (art. 3, D.L.vo 206 del 2005 e s.m.i.), qualsiasi controversia derivante da o connessa all'interpretazione, applicazione o esecuzione della Polizza sarà sottoposta all'esclusiva competenza del foro di residenza o domicilio elettivo del consumatore.

Articolo 12

Rinvio alle norme di legge

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

Diaria da Ricovero

Cosa e come Assicuriamo

L'Assicurazione vale per il Ricovero, reso necessario da Ma-

lattia, Infortunio, parto o trapiantato di organi, con le delimitazioni ed esclusioni di cui al seguente capitolo “Esclusioni e limiti”.

La prestazione consiste nella liquidazione dell'indennità giornaliera pattuita in Polizza, per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di Cura (pubblico o privato), e per la durata massima di 300 giorni per evento e/o per anno assicurativo.

Il giorno di entrata e quello di dimissione dall'Istituto di cura sono entrambi considerati giornate di Ricovero.

Day Hospital

In caso di Ricovero senza pernottamento, reso necessario da Malattia o Infortunio, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera pattuita in Polizza al 50%.

Il Day Hospital non è operante se riferito a soli fini diagnostici.

Esclusioni e limiti

Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni, accaduti precedentemente alla stipulazione della Polizza;
- b) le conseguenze dirette di Malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della Polizza;
- c) eliminazione o correzione di difetti fisici, malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- d) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- e) Infortuni conseguenti a delitti/atti dolosi dell'Assicurato;
- f) Infortuni e intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) cura dell'A.I.D.S. e della sieropositività HIV;
- h) interruzione di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche;
- i) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da Infortunio);
- l) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- m) conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti;
- n) Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- o) degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) Ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- q) correzioni chirurgiche della miopia, dell'ipermetropia o dell'astigmatismo;

r) le cure dentarie e delle paradontopatie e le protesi quando non siano rese necessarie da Infortunio.

Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie

La Compagnia non assicura le persone che al momento della stipulazione della Polizza sono affette da alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, o sieropositività HIV.

Qualora l'Assicurato fosse colpito da tali Malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione cesserà alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere preteso l'eventuale incasso di premi scaduti che, in tal caso, verranno restituiti al Contraente al netto delle imposte.

Limiti di età

Non sono assicurabili le persone che nel corso di validità del contratto superino l'80° anno di età.

Resta inteso che qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.

Periodo di Carenza

La garanzia decorre:

- per gli Infortuni, dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione;
- per le Malattie, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione (incluso l'aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione);
- per le patologie varicose e per il parto, dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Per l'aborto e per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è valida - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa sopra menzionati sono validi:

- dal giorno in cui aveva effetto la Polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questa Assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto detto vale anche in caso di variazioni intervenute nel corso di validità di uno stesso contratto.

Cosa fare in caso di Sinistro

Come si denuncia il Sinistro

La denuncia del Ricovero con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui è assegnata la Polizza, entro 5 giorni dal Ricovero o dal momento

in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità.

Come avviene l'Indennizzo

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato dietro presentazione di cartelle cliniche, certificazioni mediche contenenti l'accertamento della Malattia o la causa dell'Infortunio.

L'Assicurato o i suoi familiari prestano sin d'ora il proprio consenso alla visita di medici incaricati dalla Compagnia ed a qualsiasi indagine questi ritengano necessaria. Tutto ciò comporta lo scioglimento del segreto professionale dei medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Norme generali relative all'Indennizzo

Qualora non ci sia immediato accordo tra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico previsto al successivo paragrafo "Controversie – arbitrato irrituale", provvede al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del Collegio medico.

Controversie – arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di tipo medico sulla

natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della Malattia, può essere rimessa 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 in cui deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

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

Le decisioni del Collegio medico (sollevato da ogni formalità di legge) sono prese a maggioranza di voti e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi opposizione, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle controversie 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 rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

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 3.1.08 al n. 1.00066

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: A. Castellano

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

modello P9120.CGA - ed. 01.2019



ZURICH[®]