

Zurich Sanitaria Aziende

Contratto di Assicurazione
Rimborso Spese Medico Ospedaliere.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 01.2023
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 01.2023
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 01.2023

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Polizza Rimborso Spese Sanitarie

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo



ZURICH®

Zurich Insurance plc
Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Sanitaria Aziende

Zurich Insurance plc - Sede a Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza, stipulata dal contraente in favore degli assicurati, copre le spese medico ospedaliere sostenute da ciascun assicurato con o senza intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio o a seguito di grandi interventi chirurgici.



Che cosa è assicurato?

Il rimborso delle spese mediche sostenute presso istituti di cura o in ambulatorio, in caso di infortunio, malattie o parto cesareo, verificatesi nel corso dell'anno assicurativo per ciascun assicurato:

✓ Garanzia FORMA "A" "rimborso spese mediche in forma completa o con Franchigia": la garanzia prevede la copertura delle spese sostenute che hanno comportato ricovero con o senza intervento chirurgico:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici)
- per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e altri soggetti partecipanti all'intervento chirurgico;
- per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- per le rette di degenza.
- per il trasporto dell'assicurato presso gli istituti di cura per il ricovero,
- per le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali;
- per vitto e pernottamento nell'istituto di cura di un accompagnatore dell'assicurato
- per parto fisiologico o cesareo avvenuto in istituto di cura;

nonché il rimborso delle medesime spese sostenute:

- per il prelievo sul donatore;
- per il prelievo sull'assicurato in qualità di donatore vivente.

Qualora decida di avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate e dell'equipe medica convenzionata, l'assicurato è sollevato da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, sempreché indennizzabili ai sensi di polizza.

✓ Garanzia FORMA B "rimborso spese per il solo caso di grande intervento chirurgico": Zurich rimborsa le spese sanitarie conseguenti ad un grande intervento chirurgico (es: interventi sul cranio e sistema nervoso centrale, grandi interventi chirurgici al collo, esofago, torace, interventi a cuore aperto, interventi al fegato, stomaco, intestino, interventi oculistici, all'apparato genitale, trapianti);

✓ Garanzia FORMA C "indennità da ricovero": Zurich assicura in caso di ricovero con o senza intervento chirurgico il pagamento di una indennità giornaliera per ciascun giorno di ricovero.

Le garanzie prestate si intendono operanti sino alla concorrenza dei limiti di indennizzo/risarcimento, somme assicurate e/o massimali convenuti, e possono essere soggette ad applicazione di franchigie e/o scoperti.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Malattie mentali (ad eccezione di quelle che comportano intervento chirurgico).**
- ✗ **Cura dell'A.I.D.S.**
- ✗ **Aborto volontario non terapeutico.**
- ✗ **Prestazioni aventi finalità estetiche.**
- ✗ **Acquisto e manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici.**
- ✗ **Spese per telefono, televisione, servizio bar, ristorante e simili.**
- ✗ **Spese non conseguenti ad un'alterazione dello stato di salute.**
- ✗ **Persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività, HIV.**
- ✗ **persone non residenti in Italia.**
- ✗ **persone la cui età è superiore agli 80 anni.**
- ✗ **accertamenti e cure dentarie e paradentarie e le protesi dentarie.**



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni:

- ! **infortuni ed intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;**
- ! **le spese sostenute per cure ed esami conseguenti a malattie, malformazioni e stati patologici esistenti prima della stipulazione del contratto e non dichiarati con dolo o colpa grave nel questionario anamnestico; [**
- ! **conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche;**
- ! **conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre, atti di terrorismo;**
- ! **infortuni derivanti da sport aerei;**
- ! **degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana;**
- ! **ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.**



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione sarà fatta in Italia ed in Euro.



Che obblighi ho?

- Alla sottoscrizione del contratto l'assicurato deve fornire a Zurich informazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e deve inoltre dare comunicazione scritta mediante raccomandata a Zurich di ogni aggravamento (patologie non dichiarata ad esempio neoplasia) diminuzione del rischio (persone con lievi patologie).
In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte, volontariamente omesse, o di mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio, Zurich potrà interrompere la copertura assicurativa o rifiutare di dar luogo totalmente o parzialmente alle prestazioni previste nel contratto.
- L'assicurato /contraente deve comunicare immediatamente a Zurich 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, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del codice civile. **L'omesso avviso può comportare la perdita totale del diritto all'indennizzo.**
- Il contraente deve inoltre consegnare il contratto di assicurazione agli assicurati prima dell'adesione alla copertura assicurativa ed ottenere dichiarazione di avvenuta consegna di tale documentazione. Deve altresì conservare detta dichiarazione e trasmetterla a Zurich su esplicita richiesta di quest'ultima.



Quando e come devo pagare?

Il premio ha periodicità annuale e deve essere pagato a Zurich o all'intermediario assicurativo tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante per l'importo massimo stabilito dalle legge.

Il premio, che comprende anche le imposte, deve essere pagato dal contraente alla sottoscrizione del contratto ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto.

È tuttavia possibile chiedere un frazionamento:

- semestrale, **con una maggiorazione di premio del 3%**
- quadrimestrale, **con una maggiorazione di premio del 4%**



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti comincia dalle ore 24 del giorno del pagamento del premio. L'assicurazione ha durata annuale e si rinnova tacitamente alla scadenza per il periodo di un anno e così successivamente, salvo disdetta da inviarsi secondo le modalità indicate nella sezione che segue. In fase di tacito rinnovo (nei casi in cui sia previsto) la Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario assicurativo, ha la facoltà di proporre nuove condizioni di Premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza (quali a titolo meramente esemplificativo: massimali, limiti, scoperti, franchigie) alle stesse condizioni di cui al presente Set Informativo. In tal caso il semplice mancato pagamento del premio comporta la cessazione del contratto per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la polizza?

La disdetta deve essere comunicata a Zurich o all'intermediario assicurativo con lettera raccomandata o PEC da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza indicata in polizza oppure, per le polizze che si siano già tacitamente rinnovate, prima di ciascuna scadenza annuale successiva.

Dopo il verificarsi di un sinistro ed entro il 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, è possibile recedere dall'assicurazione; in questo caso sia Zurich che il contraente devono darne comunicazione all'altra parte tramite lettera raccomandata o a mezzo PEC con preavviso di 30 giorni. In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, la stessa rimborserà, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio imponibile relativa al periodo di assicurazione non goduto.

Polizza Rimborso Spese Sanitarie

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Sanitaria Aziende

Data di realizzazione: gennaio 2019 - Ultimo Aggiornamento: gennaio 2023

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



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

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

Zurich Insurance plc – Rappresentanza Generale per l'Italia. Sede a Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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 2021, il patrimonio netto è pari a 2.783 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.775 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 163% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

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

Di seguito l'ammontare del:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.868 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 840 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 3.053 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.718 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

ESTENSIONI

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

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

Assistenza infermieristica professionale domiciliare	Zurich si obbliga nei confronti dell'assicurato a rimborsare le spese sostenute per remunerare un infermiere domiciliare, a seguito di Ricovero documentato.
Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso	Zurich rimborsa cure ambulatoriali di Pronto Soccorso, assistenza medica e trasporto in ambulanza dell'assicurato, presso istituto di cura che non comporti Ricovero.
Spese per il rimpatrio della salma	Zurich rimborsa il rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero dell'Assicurato, avvenuto durante il ricovero per evento indennizzabile a termini di polizza.

Garanzia FORMA C "Indennità da ricovero"

Parto non cesareo	In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta fino ad un massimo di sette giorni di degenza per evento.
Frattura ossea	<p>a) In caso di ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso la casa di cura che l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile del paziente, Zurich liquida la diaria pattuita per la degenza sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 90 giorni per sinistro;</p> <p>b) In caso di frattura ossea documentata, Zurich liquida la diaria pattuita per la degenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile del paziente, sino alla data di rimozione del mezzo, con il massimo di 90 giorni; - in caso non sia necessaria l'applicazione del mezzo di contenzione, di cui al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di degenza per ogni giorno di inabilità: integralmente in caso di inabilità totale, al 50% in caso di inabilità temporanea parziale.

Garanzia FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici" e FORMA C "Indennità da Ricovero"

Convalescenza	Copertura assicurativa in caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'assicurato dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero indennizzabile nei termini di Polizza.
Copertura gratuita per i neonati	I neonati nel periodo di validità della Polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita.
Eventi naturali all'estero	A parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni eruzioni vulcaniche.
Rischio di guerra all'estero	A parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

Garanzia "complementare sanitaria"

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a Ricovero	L'assicurazione si intende prestata per: a) Onorari medici per visite specialistiche; b) Analisi ed esami diagnostici di laboratorio.
Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	L'assicurazione si intende prestata per alcune specifiche prestazioni ospedaliere espressamente descritte in Polizza.

Garanzia FORMA A "Rimborso Spese Mediche in forma completa", FORMA B "Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici" e per la garanzia "complementare sanitaria"

Forma integrativa	L'Assicurazione si intende prestata a integrazione del fondo di Assistenza indicato sulla scheda di Polizza e nei termini, limiti e condizioni della Polizza.
--------------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

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

Esclusioni sempre operanti	L'Assicurazione non è operante per: • eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
-----------------------------------	---

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



Ci sono limiti di copertura?

Garanzia forma A “Rimborso Spese Mediche in forma completa”

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

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

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

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

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

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro</p> <p>Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro per iscritto all'Intermediario assicurativo di riferimento o alla Zurich entro 5 giorni dallo stesso o da quando ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.</p> <p>La denuncia deve essere presentata a cura ultimata e deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la descrizione dell'evento; • tutta la documentazione medica comprendente anche l'indicazione della natura e del tipo di cure prestate. <p>Se il Contraente o l'Assicurato intende avvalersi delle Strutture Sanitarie e/o dell'Equipe Medica convenzionata deve:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Scegliere la struttura sanitaria tra quelle convenzionate Assirete</u>. L'elenco di queste strutture si trova consultando il sito https://assiretegroup.com o contattando la Centrale Operativa tramite: <ul style="list-style-type: none"> • numero verde 800 553645 (valido da rete fissa o cellulare); • +39 06/44077373 per chiamate dall'estero). 2. <u>Attivare il servizio</u>. Occorre aver già fissato un appuntamento con la Struttura Sanitaria e/o l'equipe medica convenzionata. <p>In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) ed extraricovero (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) è obbligatorio inviare la richiesta on-line (oppure a mezzo fax, al numero 06/97625771), almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione sanitaria, il Modulo di Preattivazione, compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Le sole prestazioni fornite da enti/strutture convenzionate con Zurich sono quelle per le Prestazioni dirette fornite per il tramite di Assirete.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>L'unica gestione dei sinistri da parte di altre imprese è quella per le Prestazioni dirette.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Pagamento del sinistro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rimborso delle spese sostenute <p>Zurich effettua il pagamento di quanto dovuto al Contraente o all'Assicurato o ai suoi eredi a termini di polizza, su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.</p> <p>In caso di divergenza sulla natura e origine della malattia è possibile attivare un Collegio medico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prestazione sanitaria di ricovero in rete convenzionata <p>La Zurich paga direttamente, a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile, tramite la società di servizi Assirete, le prestazioni alle Strutture Sanitarie e/o all'Equipe medica convenzionate. Il tutto al netto di eventuale franchigia.</p>

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>ZURICH INSURANCE plc Rappresentanza Generale per l'Italia Ufficio Gestione Reclami Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano Fax numero: 02.2662.2243 E-mail: reclami@zurich.it PEC: reclami@pec.zurich.it</p> <p>È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai Reclami.</p> <p>La Compagnia deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.</p>
All'IVASS	<p>All'IVASS vanno indirizzati i reclami:</p> <ul style="list-style-type: none">- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;- in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia. <p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it</p> <p>Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it.</p> <p>Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, ha la propria sede legale in Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (Central Bank of Ireland, www.centralbank.ie). Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>La mediazione costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.</p> <p>La convenzione di negoziazione assistita costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti € 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.</p> <p>Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

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

Indice

Glossario	pag. 1 di 2
Condizioni di Assicurazione	pag. 1 di 14
Condizioni generali	pag. 1 di 14
• Norme che regolano l'Assicurazione in generale	pag. 1 di 14
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "A"	pag. 2 di 14
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "B"	pag. 3 di 14
• Norme che regolano l'Assicurazione Sanitaria forma "C"	pag. 3 di 14
• Norme comuni che regolano l'Assicurazione Sanitaria	pag. 3 di 14
Condizioni particolari	pag. 9 di 14
• Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A" e forma "B"	pag. 9 di 14
• Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", forma "B" e forma "C".	pag. 10 di 14
Garanzie aggiuntive	pag. 11 di 14
• Complementare Sanitaria	pag. 11 di 14
• Garanzie aggiuntive valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare Sanitaria	pag. 11 di 14
• Garanzie aggiuntive valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A"	pag. 11 di 14
• CASSA DI ASSISTENZA - Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare sanitaria	pag. 11 di 14
In caso di Sinistro	pag. 11 di 14

Glossario

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

Assicurazione - Il contratto di Assicurazione.

Associato alla Cassa di Assistenza - Il soggetto che intende provvedere, a favore di una o più categorie di personale dipendente, a prestazioni assistenziali per lui obbligatorie in forza di Contratto, Accordo o Regolamento Aziendale.

Carenza (o termine d'aspettativa) - Il periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro Medico - Il centro, anche non adibito al Ricovero dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

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

Contraente - Il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri soggetti.

Convalescenza - Il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica oppure per la stabilizzazione dei postumi.

Data del Sinistro - La data in cui si è verificato il Ricovero o, se non vi è stato il Ricovero, l'Intervento chirurgico in Day Hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extra-Ricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital - Degenza in Istituto di cura che non comporta pernottamento e con la presenza continua, nella struttura, di un medico; non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.

Franchigia: L'importo prestabilito, in cifra fissa o in percentuale sulla somma assicurata, che, in caso di Sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo.

Frattura ossea - Rottura di un osso in genere conseguente a 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) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Inabilità temporanea - Incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Indennizzo / Rimborso - 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.

Ingessatura - Mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

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.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Intervento ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza Ricovero presso ambulatori o studi medici chirurgici.

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di Ricovero o di Day Hospital. Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente stato patologico dell'Assicurato.

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

Malformazione o Difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Medicina alternativa o complementare – Le pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Massimale – La somma rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l’obbligo massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

Network / Rete - La rete convenzionata dalla Compagnia di Servizi Assirete costituita da Istituti di cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti Medici che provvedono all’erogazione delle prestazioni.

L’elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile sul sito www.assirecgroup.com.

Nucleo assicurato - Il coniuge o convivente more uxorio, i figli fiscalmente a carico e no, purchè conviventi come da stato di famiglia.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell’Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza - Il documento che prova l’Assicurazione.

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

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell’Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite debitamente sottoscritto dall’Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

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 in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero improprio - La degenza, con o senza pernottamento, in Istituto di cura che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non venga praticata alcuna terapia riconducibile al quadro clinico stesso e/o vengano eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale.

Rischio - La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scoperto - La percentuale del danno liquidabile a termini di Polizza che, per ciascun Sinistro, rimane a carico dell’Assicurato.

Sinistro - Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l’Assicurazione.

Territorio Italiano – Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o presso Centri Medici da personale professionalmente abilitato, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattie, Infortuni o parto indennizzabili a termini di Polizza.

Visita specialistica: la visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate Visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.**

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Norme che regolano l'Assicurazione in generale

Articolo 1

Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le **dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Inabilità temporanea, nonché la stessa cessazione dell'Assicurato**, 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 sulla scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza oppure alla Compagnia. **Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti, a parziale deroga 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 concesso il frazionamento in più rate.

Articolo 3

Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4

Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni denuncia di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di liquidazione dell'Inabilità temporanea, le Parti hanno facoltà di recedere dall'Assicurazione **con preavviso di 30 giorni mediante comunicazione scritta**. Indipendentemente da chi abbia esercitato la facoltà di recesso, entro 15 giorni dalla data di efficacia dello stesso, la Compagnia rimborserà al Contraente la parte di Premio imponibile relativa al periodo di Rischio non corso. Il recesso avrà effetto:

- dalla scadenza del periodo annuo di Assicurazione in corso se la comunicazione avverrà almeno 90 giorni prima di detta scadenza;

altrimenti

- dalla scadenza del periodo annuo di Assicurazione successivo.

Il diritto di recesso non potrà essere esercitato trascorsi due anni dalla stipulazione del contratto.

Il presente articolo non si applica ai contratti di durata annuale o inferiore.

Articolo 5

Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o a mezzo PEC spedita almeno tre mesi prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata di un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di Assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Articolo 5.1

Modifica del premio e/o della Polizza alla scadenza e rinnovo del contratto

È facoltà della Compagnia, anche per il tramite dell'Intermediario, comunicare al Contraente mediante comunicazione scritta con preavviso di almeno 90 giorni prima della scadenza - iniziale o di eventuale tacito rinnovo - nuove proposte di modifica del premio e/o degli elementi contrattuali indicati nel documento di Polizza (quali, a titolo meramente esemplificativo: massimali, limiti, scoperti, franchigie), alle stesse condizioni di cui al presente Set Informativo. In tali casi il semplice pagamento del premio entro il 30° giorno successivo alla scadenza del contratto, varrà quale espressione della volontà del Contraente di accettare la nuova proposta, a fronte della quale verrà rilasciata relativa quietanza. Il Contraente avrà la facoltà di non accettare le nuove proposte di modifica del premio e/o degli elementi contrattuali della Polizza astenendosi dal pagamento ed in tal caso il contratto si intenderà risolto alla naturale scadenza senza necessità per il Contraente di dare disdetta. In assenza di una nuova proposta di modifica del premio e/o della Polizza di cui al presente articolo, oppure di disdetta da parte di una delle parti, resta fermo quanto previsto dall'art. 2. Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia e dall'art. 5 Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione.

Articolo 6

Oneri fiscali

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

Articolo 7

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 8

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 9

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 10

Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia e in valuta italiana.

Articolo 11

Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente e l'Assicurato sono tenuti, **devono essere fatte con lettera raccomandata, telefax o telegramma** alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza.

Articolo 12

Rinuncia alla rivalsa

La Compagnia rinuncia a favore dell'Assicurato o degli aventi diritto a ogni azione di regresso verso i terzi responsabili per le prestazioni da essa effettuate in virtù del presente contratto.

Articolo 13

Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge italiane.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "A"

(Rimborso Spese Mediche in forma completa)

Articolo 14

Prestazioni

La Compagnia assicura, **entro il limite della somma indicata sulla scheda di Polizza**, in tutti i casi di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, effettuato in Istituto di cura o in ambulatorio, il Rimborso delle spese a seguito di infortuni, malattie o parto cesareo, verificatisi nel corso dell'anno assicurativo, qualunque ne sia il numero, per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato:

- a) per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati **nei 100 giorni precedenti il Ricovero**, purché direttamente inerenti all'Infortunio o alla Malattia che origina il Ricovero;
- b) per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento, nonché le endoprotesi o gli apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;
- c) per l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, per i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami riguardanti il periodo di Ricovero;
- d) per le rette di degenza.
- e) per il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il Ricovero, **con il limite massimo di 1.500,00 euro per persona e per evento**;
- f) per le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del Ricovero per esami, per acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, per Trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**), effettuate **nei 100 giorni successivi al Ricovero stesso**;
- g) per vitto e pernottamento nell'Istituto di cura di un accompagnatore dell'Assicurato **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro per ciascun Sinistro e anno assicurativo**;

- h) per parto fisiologico o cesareo avvenuto in Istituto di Cura **fino a un massimo di 4.000,00 euro**; nonché il Rimborso delle medesime spese sostenute;
- i) per il prelievo sul donatore;
- j) per il prelievo sull'Assicurato in qualità di donatore vivente.
- Qualora l'Assicurato non si avvalga del "Servizio Carta Sanitaria", i rimborsi delle spese precedentemente elencate verranno effettuati **con il limite massimo di**:
- 1) **3.000,00 euro** per ciascun Ricovero e/o Intervento chirurgico per adenoidi e tonsille;
 - 2) **6.000,00 euro** per ciascun Ricovero e/o Intervento chirurgico per appendici, varici, ernie, emorroidi e aborto terapeutico.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "B" (Rimborso Spese Mediche solo Grandi Interventi Chirurgici)

Articolo 15

Prestazioni

La Compagnia assicura, **entro il limite della somma indicata sulla scheda di Polizza**, per gli infortuni e le malattie verificatisi nel corso dell'anno assicurativo, qualunque ne sia il numero, per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato, il Rimborso delle spese per le prestazioni elencate all'art. 14, sostenute esclusivamente in occasione di Grande Intervento chirurgico rientrante nel relativo capitolo, sino a concorrenza del Massimale assicurato. La liquidazione della diaria sostitutiva viene prestata nei modi e termini di cui all'art. 26.

Norme che regolano l'Assicurazione sanitaria forma "C" (Indennità da Ricovero)

Articolo 16

Prestazione

Le indennità che seguono non sono cumulabili tra loro, ovvero per uno stesso giorno non potrà essere corrisposta che una sola indennità.

La prestazione consiste in:

Indennità da Ricovero:

liquidazione dell'indennità giornaliera risultante dalla scheda di Polizza, per ciascun giorno di degenza e **per la durata massima di 360 giorni**, in caso di Ricovero in Istituto di cura.

L'Assicurazione vale per il Ricovero in genere, reso necessario da Malattia, Infortunio, parto cesareo e nei casi di trapianto di organi.

La garanzia vale inoltre per il parto non cesareo e le fratture ossee documentate, nei limiti che seguono.

Indennità aggiuntive:

1) Parto non cesareo

In caso di parto non cesareo l'indennità garantita viene corrisposta **fino ad un massimo di sette giorni di degenza per evento**.

2) Frattura ossea

In caso di:

a) Ricovero a seguito di Malattia che richieda sia due pernottamenti consecutivi presso l'Istituto di cura che l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile dal paziente, la Compagnia liquida la diaria pattuita per la degenza sino alla data di rimozione del mezzo, **con il massimo di 90 giorni per Sinistro**;

b) Frattura ossea documentata, la Compagnia liquida la diaria pattuita per la degenza:

l. nel caso di applicazione di mezzo di contenzione inamovibile dal paziente e tendente all'immobilizzazione della parte, sino alla data di rimozione del mezzo, **con il massimo di 90 giorni per Sinistro**;

l. negli altri casi di frattura, nei quali non è necessario applicare il mezzo di contenzione con le caratteristiche esposte al punto precedente, sarà riconosciuto un importo pari all'indennità di degenza per ogni giorno di inabilità:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni (Inabilità temporanea totale);
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni (Inabilità temporanea parziale).

L'inabilità accertata sarà liquidata **al 60% a totale e per il restante 40% a parziale, e con il massimo di 60 giorni per Sinistro**.

Norme comuni che regolano l'assicurazione sanitaria (valide e sempre operanti, indipendentemente dalla forma di Assicurazione scelta)

Articolo 17

Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione per gli infortuni;

- b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le malattie;
- c) dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto della stipulazione della Polizza e salva diversa pattuizione;
- d) dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le patologie varicose e per il parto. Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - **con il termine di aspettativa di 30 giorni** - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza riguardante i medesimi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Articolo 18

Esclusione di persone assicurate

Eventuali esclusioni di persone non daranno luogo a Rimborso di Premio che si considera pertanto indivisibile.

Articolo 19

Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati con dolo o colpa grave sul Questionario anamnestico che è parte integrante della presente Polizza;
- b) l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- c) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- d) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'Assicurato, restando operante l'Assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- e) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- f) la cura dell'A.I.D.S. e della sieropositività HIV;
- g) l'aborto volontario non terapeutico;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio);
- i) le protesi dentarie in ogni caso e le cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da Infortunio;
- j) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dall'art. 29;
- k) le 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.);
- l) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre e terremoti;
- m) gli infortuni derivanti dalla pratica di sports aerei e dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove e allenamenti;
- n) il Rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- o) degenze 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) le spese, in genere, non conseguenti a Infortunio, Malattia o parto.

Articolo 20

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

- a) Premesso che la Compagnia non acconsentirebbe a prestare l'Assicurazione se al momento della stipulazione della Polizza fosse a conoscenza che l'Assicurato è affetto da alcoolismo, insulinodipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, resta precisato che, qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.
- b) Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua di polizza e successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 21

Limite di Età

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

Qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età durante il periodo di validità del contratto, l'Assicurazione cessa alla scadenza annua di Polizza successiva al compimento dell'ottantesimo anno d'età.

Articolo 22

Denuncia dell'Infortunio o della Malattia - Obblighi in caso di Sinistro

Il Contraente o l'Assicurato devono presentare denuncia alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza al più presto e comunque, per i casi di Ricovero, entro 5 giorni dalla dimissione dall'Istituto di cura. La denuncia deve essere corredata dalla necessaria documentazione medica.

L'Assicurato o i suoi familiari devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo sin da ora dal segreto professionale i medici che avranno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 23

Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della Malattia, le Parti, con scrittura privata, conferiscono mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di disaccordo dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel comune sede dell'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, 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 per le Parti, le quali rinunciano, sin 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 rifiutasse di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Articolo 24

Pagamento dell'Indennizzo

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato o ai suoi eredi a termini di Polizza, **su presentazione in originale delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.**

La documentazione medica da fornire alla Compagnia, oltre che la descrizione dell'evento oggetto della denuncia di Sinistro, **deve comprendere l'indicazione della natura e del tipo delle cure prestate.**

Tale documentazione deve essere relativa all'evento indicato e deve essere presentata a cura ultimata. Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule e parcelle a un Ente Assistenziale per ottenere dallo stesso un Rimborso, la Compagnia effettua il Rimborso per la parte eccedente dietro presentazione di **copia delle notule e parcelle** delle spese sostenute dall'Assicurato **e del documento comprovante il Rimborso effettuato dall'Ente Assistenziale.**

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana.

Articolo 25

Elenco grandi interventi chirurgici

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico

a) Anastomosi vasi intra-extracranici

- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Cranioplastiche
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Emisferectomia
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo
- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extramidollari
- Laminectomia per tumori intra-midollari
- Malformazioni aneurismatiche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi)
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi

- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazioni per encefalo meningocele
- Surrenelectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Terapia chirurgica delle fistole arterovenose:
 - 1) aggressione diretta
 - 2) legatura vaso-afferente intra-cranico
 - 3) legatura vaso-afferente extra-cranico
- Vagotomia per via toracica

b) Faccia e bocca

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Demolizione del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Demolizione dell'osso frontale
- Fratture dei mascellari superiori: trattamento chirurgico e ortopedico
- Fratture del condilo e della apofisi coronoide mandibolare: trattamento chirurgico e ortopedico
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Interventi per neoplasie maligne della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Plastica per paralisi del nervo facciale
- Resezione mascellare superiore
- Resezione del massiccio facciale per neoformazioni maligne
- Riduzione fratture mandibolari con osteosintesi

c) Collo

- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne e tumori maligni
- Asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Svuotamento ganglionare latero cervicale bilaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne

d) Esofago

- Collocazioni di protesi endoesofagea per via toraco- laparatomica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Interventi di varici esofagee
- Mediastinotomia per enfisema mediastinico
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigna, per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
- Resezione dell'esofago cervicale
- Resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo

e) Torace

- Asportazione del timo
- Asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica
- Asportazione di tumori maligni con svuotamento del cavo ascellare
- Decorticazione polmonare
- Interventi per fistole bronchiali cutanee
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi sul mediastino per tumori
- Mastectomia radicale allargata con svuotamento linfoghiandolare della mammaria interna e del cavo ascellare
- Pleuro pneumectomia
- Pneumectomia
- Pneumolisi a cielo aperto
- Pneumotomia per asportazioni di cisti da echinococco
- Resezione bronchiale, con reimpianto
- Resezione segmentarie e lobectomia
- Toracoplastica parziale
- Toracoplastica totale
- Toracotomia esplorativa

f) Chirurgia cardiaca

- Interventi a cuore aperto
- Interventi a cuore chiuso
- Pericardiectomia

g) Stomaco e duodeno

- Cardiomotomia extramucosa
- Esofago -cardioplastica
- Gastroectomia totale
- Gastroectomia totale per via toraco -laparotomica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per mega esofago
- Piloroplastica + vagotomia
- Reintervento per mega-esofago
- Resezione gastrica
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post- anastomotica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche

h) Peritoneo e intestino

- Colectomia segmentaria
- Colectomia totale
- Enteroanastomosi
- Exeresi di tumori retroperitoneali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione di organi interni parenchimali
- Laparotomia per contusioni e ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino - resezioni intestinali
- Occlusione intestinale di varia natura -resezione intestinale
- Resezione del tenue
- Resezione ileo-cecale
- Resezione intestinale
- Sutura della lesione

i) Retto e ano

- Amputazione del retto per via addomino perineale: in più tempi
- Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Amputazione del retto per via perianale
- Amputazione del retto per via sacrale
- Operazione per mega colon
- Resezione anteriore del retto

j) Fegato e vie biliari

- Colectomia
- Drenaggio biliodigestivo intraepatico
- Epatico e coledocotomia
- Epatico -digiuno - duodenostomia
- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari (colecisto gastrostomia, colecisto enterostomia)
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezione epatica

k) Pancreas e milza

- Anastomosi mesenterica-cava
- Anastomosi porta-cava e spleno-renale
- Deconnessione azygos-portale
- Interventi demolitivi del pancreas:
 - 1) totale o della testa
 - 2) della coda
- Interventi di necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudocisti del pancreas:
 - 1) enucleazione delle cisti
 - 2) marsupializzazione
 - 3) cistovisceroanastomosi
- Interventi per fistole pancreatiche
- Splenectomia

l) Vasi

- Disostruzione by-pass aorta addominale

- Interventi per aneurisma dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache
- Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica superiore o celiaca
- Interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica o succlavia o arteria anonima
- Operazione sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- Resezione arteriosa con plastica vasale

m) Ortopedia e traumatologia

- Artroprotesi di anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Artroprotesi di gomito
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Protesi di femore
- Protesi di polso
- Protesi di spalla e gomito
- Protesi di Thompson
- Vertebrotonomia

n) Urologia

- Cistectomia totale
- Cistectomia totale con ureterosigmoidostomia
- Fistole vescico-vaginale
- Ileocisto plastica -colecisto plastica
- Intervento per estrofia della vescica
- Intervento per fistola vescico- intestinale
- Intervento per fistola vescico- rettale
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)
- Nefroureterectomia totale (taglio allargato)
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi (o colo-bilaterale o totale)

o) Apparato genitale

- Creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi
- Creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico
- Creazione operatoria di vagina artificiale (da sigma)
- Cura chirurgica di fistola retto-vaginale
- Cura chirurgica di fistola ureterale
- Cura chirurgica di fistola vescico-vaginale
- Eviscerazione pelvica
- Intervento vaginale e addominale per incontinenza urinaria
- Isterectomia per via vaginale
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- Isterectomia totale per via laparatomica
- Metroplastica
- Orchiectomia allargata per tumore
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Pannisterectomia radicale per via vaginale
- Vulvectomy allargata
- Vulvectomy totale

p) Oculistica

- Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile
- Iridocicloretrazione
- Trabeculoctomia

q) Otorinolaringoiatria

- Anastomosi e trapianti nervosi
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio
- Asportazione di tumori dell'orecchio medio e del temporale
- Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa

- Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale
- Chirurgia del sacco endolinfatico
- Chirurgia della sindrome di Ménière
- Chirurgia endoauricolare della vertigine
- Distruzione del labirinto
- Interventi per otosclerosi
- Neurinoma dell'VIII paio
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Sezione del nervo cocleare
- Sezione del nervo vestibolare
- Timpanoplastica

r) Laringe

- Interventi per paralisi degli abducenti
- Laringectomia orizzontale sopraglottica
- Laringectomia parziale verticale
- Laringectomia ricostruttiva
- Laringectomia totale
- Laringefaringectomia
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera)
- Tumori maligni di altre sedi (tonsille, eccetera) con svuotamento latero-cervicale
- Tumori parafaringei

s) Trapianti

- Trapianto organi degli apparati:
 - 1) circolatorio
 - 2) digerente
 - 3) respiratorio
 - 4) Urinario
- Trapianto cornea
- Trapianti ossei
- Trapianto di midollo osseo

Condizioni particolari

(sempre operanti)

Condizioni particolari valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A" e forma "B"

Articolo 26

Day Hospital

In caso di degenza in regime di Day Hospital resa necessaria da Malattia o Infortunio, in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, la Compagnia rimborsa le spese per assistenza medica, infermieristica, Trattamenti fisioterapici e rieducativi nonché per i medicinali somministrati durante la degenza stessa.

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

Articolo 27

Diaria sostitutiva

La Compagnia corrisponde un'indennità di 250 euro per ogni giorno di Ricovero in Istituto di cura, per **un periodo massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo**, se tutte le spese sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

La degenza in Day Hospital non è soggetta alla predetta indennità.

Articolo 28

Correzione della vista

In caso di cheratotomia anche con laser anche a eccimeri, la garanzia di cui al presente articolo viene prestata esclusivamente per gli Assicurati che abbiano un grado documentato di Miopia uguale o superiore alle 6 diottrie per ciascun occhio.

La garanzia è prestata **fino a concorrenza di 1.500,00 euro per anno assicurativo** con l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro**.

Articolo 29

Terapie oncologiche

Nei casi di malattie neoplastiche, la Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia,

cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente effettuate in regime di Ricovero o di Day Hospital, **sino a concorrenza di 5.000,00 euro per anno assicurativo e per ciascun Assicurato e/o ciascun Nucleo assicurato**, con applicazione di **uno Scoperto del 20%, con il minimo di 100,00 euro, per ogni ciclo di cura.**

Articolo 30

Protesi ortopediche e apparecchi acustici

A parziale deroga dell'art. 19 lettera j), la garanzia si intende estesa all'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici **sino alla concorrenza di 1.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica **per ciascun anno assicurativo per ogni Assicurato, con applicazione di una Franchigia di 100,00 euro per ogni Sinistro.**

Articolo 31

Assistenza infermieristica professionale domiciliare

La Compagnia si obbliga nei confronti dell'Assicurato a rimborsare le spese sostenute per remunerare un infermiere nell'assistenza domiciliare, a seguito di Ricovero presso Istituto di cura, a condizione che risulti da una documentazione medica la necessità di tale assistenza.

Il Rimborso è riconosciuto per un **periodo massimo di 30 giorni** a seguito di Ricovero **sino a concorrenza di 50 euro al giorno.**

Articolo 32

Spese ambulatoriali di Pronto Soccorso

In caso di cure ambulatoriali di Pronto Soccorso presso Istituto di cura a seguito di Infortunio o Malattia che non comporti Ricovero, la Compagnia rimborsa le spese sostenute per l'applicazione di Ingessatura, immobilizzazione di arti, nonché per accertamenti diagnostici, assistenza medica e medicinali, trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con il massimo di 2.500,00 euro per evento.**

Articolo 33

Spese per il rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il Ricovero per evento indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia **rimborso le spese sostenute per il rimpatrio della salma sino alla concorrenza di 3.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica **per ciascun anno assicurativo.**

Condizioni particolari

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", forma "B" e forma "C"

Articolo 34

Convalescenza

In caso di Convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura a seguito di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia corrisponde una indennità giornaliera di 30 euro, **sino a un massimo di giorni pari a quelli del Ricovero e comunque non oltre i 30 gg.**

La Convalescenza deve essere prescritta dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Articolo 35

Copertura gratuita per i neonati

I neonati nel periodo di validità della Polizza sono gratuitamente assicurati per identiche somme e garanzie previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e **sino alle ore 24 del 60° giorno successivo.** A parziale deroga dell'art. 19 lettera b) sono compresi anche i ricoveri per interventi relativi alla eliminazione o correzione di malformazioni congenite.

La copertura assicurativa **non vale per la prima visita pediatrica e per la cura dell'ittero emolitico.**

Articolo 36

Eventi naturali all'estero

A parziale deroga dell'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Articolo 37

Rischio guerra all'estero

A parziale deroga dell'art. 19 lettera l), la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Garanzie aggiuntive

(operanti solo se espressamente richiamate sulla scheda di Polizza)

Complementare sanitaria

1) visite specialistiche e accertamenti diagnostici non connessi a Ricovero

L'Assicurazione si intende prestata per:

- a) onorari medici per visite specialistiche, **esclusi quelli per le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;**
- b) analisi ed esami diagnostici di laboratorio.

La presente garanzia aggiuntiva si intende prestata **fino alla concorrenza di 1.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per ciascun Assicurato, con applicazione di **uno Scoperto del 20%** e con il **minimo non indennizzabile di 50 euro per Sinistro**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

2) Prestazioni specialistiche di alta diagnostica

L'Assicurazione si intende prestata per le seguenti prestazioni specialistiche extraospedaliere:

artografia e artografia digitale - angiografia - broncoscopia - coronografia - dialisi - doppler ed ecodoppler - ecografia - elettrocardiografia - elettroencefalografia - ECG anche secondo Hotler - endoscopia - laserterapia (**esclusa la correzione della vista**) - litotripsia per calcolosi renale e colicistica - MOC - PET cerebrale - radionefrogramma - risonanza magnetica nucleare - scintigrafia - TAC - telecuore.

La presente garanzia aggiuntiva si intende prestata **fino alla concorrenza di 2.000,00 euro**, intendendosi tale somma quale disponibilità unica **per ciascun anno assicurativo e per ciascun Assicurato, con applicazione di uno Scoperto del 20% e con il minimo non indennizzabile di 50 euro per Sinistro**.

N.B. Le garanzie 1 e 2 possono operare congiuntamente; non é consentito assicurare persone diverse da quelle indicate sulla scheda di Polizza Sanitaria Aziende di riferimento.

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare Sanitaria

I. Forma integrativa

L'Assicurazione si intende prestata a integrazione del Fondo di Assistenza indicato sulla scheda di Polizza e nei termini, limiti e condizioni della presente Polizza; in caso di non utilizzo delle relative prestazioni, le coperture della presente Polizza sono operanti **con uno Scoperto del 25% con il minimo di 60 euro**, quando:

- a) l'Assicurato non si sia rivolto agli Enti suddetti;
- b) l'Assicurato pur essendosi rivolto agli Enti suddetti, non abbia alcun Rimborso.

Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A"

II. Franchigia

Il Rimborso delle prestazioni elencate all'art. 14 verrà effettuato **previa applicazione di una Franchigia assoluta di 2.500,00 euro per ogni Sinistro da applicarsi sulle spese effettivamente sostenute**, sino a concorrenza del Massimale assicurato.

La Franchigia non sarà applicata sulla liquidazione della diaria sostitutiva prestata nei modi e termini di cui all'art. 26.

CASSA DI ASSISTENZA - Valide per l'Assicurazione Sanitaria forma "A", "B" e per la complementare sanitaria

La presente Assicurazione viene stipulata dalla CASSA DI ASSISTENZA _____, alla quale la spettabile Associata _____ ha aderito, allo scopo di provvedere, a favore dei propri dipendenti inquadrati e appartenenti alla categoria _____

indicati sulla scheda di Polizza, in adempimento degli obblighi ad essa derivanti, per Contratto o Accordo o Regolamento Aziendale, alle prestazioni assistenziali sanitarie previste dalla presente Polizza.

L'Assicurazione si intende operante sino al permanere del rapporto di lavoro con la Contraente/ Associata; allo scioglimento per qualsiasi causa di detto rapporto, la garanzia cesserà al termine della annualità assicurativa in corso.

In caso di sinistro

PRESTAZIONE SANITARIA IN RETE CONVENZIONATA ASSIRETE

SEZIONE RICOVERI ED EXTRA RICOVERI

CONVENZIONE

La Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa di Assirete mette a disposizione dell'Assicurato un servizio di

convenzionamento diretto per ricoveri ed extra ricoveri da effettuarsi presso Strutture Sanitarie convenzionate.

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi delle Strutture Sanitarie convenzionate e/o dell'Equipe Medica convenzionata, assumendosi ogni responsabilità connessa a tale decisione, è sollevato (fatto salvo per l'eventuale importo previsto in polizza come franchigia a suo carico) da qualsiasi anticipo o pagamento diretto delle spese, per prestazioni ricevute, sempreché indennizzabili a termini di polizza.

IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato **per accedere al Circuito di Strutture Sanitarie Convenzionate con Assirete è necessario segua la procedura di Preattivazione**, come di seguito illustrata:

A. SCELTA DELLA STRUTTURA SANITARIA

Individuare la Struttura Sanitaria più adatta alle proprie esigenze, tra quelle convenzionate Assirete. Tale informazione è facilmente reperibile consultando il sito <https://assirecgroup.com> alla voce "La Rete" o contattando la Centrale Operativa tramite:

- **numero verde 800 553645 (valido da rete fissa o cellulare);**
- **+39 06/44077373 per chiamate dall'estero).**

È necessario, in tutti i casi, farsi riconoscere dalla Struttura come Assicurato Zurich / Assirete, eventualmente presentando anche la stampa del Modulo on-line di Preattivazione / conferma che l'Assicurato potrà stampare dal portale web dedicato.

B. PREATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER PRESTAZIONI SANITARIE DI RICOVERO ED EXTRA RICOVERO

La procedura di preattivazione prevede che l'assicurato abbia già scelto autonomamente la struttura ove effettuare la prestazione sanitaria e si sia accertato che la Struttura Sanitaria e/o l'équipe medica abbia aderito al circuito convenzionato (tramite la struttura stessa o il numero verde) e sia stato fissato un appuntamento (giorno ed ora).

In caso di prestazioni sanitarie di ricovero (ricovero con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Parto ed Intervento chirurgico ambulatoriale) **ed extraricovero** (prestazioni extra ospedaliere, cure domiciliari ed ambulatoriali) **è obbligatorio inviare la richiesta on-line (oppure a mezzo fax, al numero 06/97625771), almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione sanitaria, il Modulo di Preattivazione, compilato in ogni sua parte, corredato da un certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta.**

La Centrale Operativa comunicherà la conferma dell'avvenuta autorizzazione.

Il Personale della Centrale Operativa di Assirete è a completa disposizione degli Assicurati per evadere le loro richieste di informazioni e preattivazioni (lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30), telefonando al seguente numero:

- **numero verde 800 553645 (valido da rete fissa o cellulare)**
- **+39 06/44077373 per chiamate dall'estero.**

La Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa di Assirete, provvederà direttamente, **a condizione che l'evento sia indennizzabile a termini di polizza ed entro il limite del massimale disponibile**, al pagamento alle Strutture Sanitarie convenzionate e/o dell'Equipe Medica convenzionate delle fatture, distinte o notule intestate all'Assicurato, per le spese sopra specificate, al netto dell'eventuale importo previsto dal contratto stesso come franchigia a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà invece provvedere direttamente al pagamento delle spese per prestazioni ricevute non rientranti fra quelle di cui sopra e sarà tenuto a rimborsare alla Compagnia le somme che questa dovesse richiederli per pagamenti effettuati agli Istituti di Cura ed ai medici, allorché si dovesse accertare la non validità o l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, nonché per pagamenti eccedenti il massimale disponibile o sui quali non sia stata applicata l'eventuale franchigia.

Per tutte le restanti spese sostenute al di fuori della presente convenzione e indennizzabili a termini di Polizza, **l'Assicurato dovrà inoltrare la relativa documentazione direttamente alla Compagnia**, così come previsto in Polizza al capitolo "IN CASO DI SINISTRO".

Servizi aggiuntivi Assirete

Con una telefonata (dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30) al numero verde 800 – 553645 (+39 06/44077373 per chiamate dall'estero), gli assistiti possono ottenere:

- informazioni sulle strutture e i medici convenzionati ;
- informazioni per le prestazioni sanitarie previste dalla copertura assicurativa.

Interruzione prestazione sanitaria di ricovero – forma completa ed extra ricovero in rete convenzionata Assirete.

La Compagnia può interrompere in qualsiasi momento , con preavviso di 15 giorni, l'erogazione della "PRESTAZIONE SANITARIA DI RICOVERO - FORMA COMPLETA ED EXTRA RICOVERO IN RETE CONVENZIONATA ASSIRETE" ferma restando la validità del contratto di assicurazione per tutte le restanti prestazioni in esso contemplate.

RICHIESTE DI RIMBORSO - GESTIONE ASSIRETE

RIMBORSO SPESE MEDICHE

Sono coperte le spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio, di malattia o parto

È considerato Infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

È considerata Malattia ogni alterazione dello stato di salute.

1. Norme per il conseguimento delle prestazioni

Le prestazioni sono regolate dal contratto assicurativo depositato presso l'ufficio competente della Vostra Società, con limiti, franchigie, e scoperti.

2. Richiesta di rimborso / documentazione

In caso di malattia e/o infortunio che comportino delle spese di carattere sanitario la richiesta di rimborso, il dipendente potrà effettuare la richiesta:

- A. compilando il modulo on line (sez. "Richiesta di rimborso")
- B. compilando il modulo cartaceo (sez. "Modulistica").

In entrambi i casi tutta sopra indicati, la modulistica, debitamente compilata e sottoscritta (**Attenzione per la gestione della pratica, è obbligatorio firmare anche il Consenso al Trattamento dei Dati Personali**), deve essere inviata secondo la procedura descritta nelle pagine successive ed unitamente a tutta la documentazione necessaria ed indicata nelle pagine successive.

Per quanto riguarda il termine di prescrizione, l'art. 2952 del C.C. stabilisce che il diritto si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

In caso di necessità, il Provider potrà richiedere eventuali chiarimenti o documentazione aggiuntiva.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

3. Documentazione necessaria per i casi più ricorrenti:

- **Area ricovero: copia della cartella clinica e tutta la documentazione delle spese sostenute durante il ricovero e nei periodi precedenti e successivi l'intervento;**
- **Area extra ricovero: ogni richiesta di rimborso deve contenere copia della documentazione di spesa fiscalmente valida, con relativa prescrizione medica indicante il relativo quesito diagnostico, accertamenti, analisi, terapie.**

VALIDO PER TUTTE LE PRESTAZIONI SOPRA ELENcate

• MODULO DI RIMBORSO

Si rammenta di barrare sempre la casella relativa alla richiesta di rimborso da inoltrare.

Il modulo potrà essere scaricato, direttamente dal sito web <https://zurich.assirecregroup.com>, nella sezione modulistica.

• DIAGNOSI / PRESCRIZIONE

In mancanza di diagnosi e/o prescrizione medica con l'indicazione del motivo per il quale viene richiesta la prestazione (malattia / infortunio), le richieste di rimborso verranno sospese.

La documentazione cartacea (se non si utilizza la procedura on line descritta al punto C) nella pagina successiva) dovrà essere inviata a:

ZURICH INSURANCE plc
c/o ASSIRETE srl - Ufficio Posta
VIA GEROLAMO FRACASTORO 3/A
CAP 00161 ROMA

CONTATTI

È stato inoltre attivato il servizio di Customer Service di Zurich tramite il provider ASSIRETE Srl per assistervi nella gestione delle pratiche e per chiarimenti sulle assistenze previste dal piano medico.

La centrale operativa risponderà al seguente numero:

- **numero verde 800 553645 (valido da rete fissa o cellulare);**
- **+39 06/44077373 per chiamate dall'estero.**

orario: 8.30 - 19.30 dal lunedì al venerdì.

MODALITÀ COMPILAZIONE ED INVIO DELLA RICHIESTA DI RIMBORSO

A) MODALITÀ: LIQUIDAZIONE IN COPIA (CARTACEO via posta ordinaria o UPLOAD sul portale)

In caso di utilizzo della procedura "LIQUIDAZIONE IN COPIA", seguire le indicazioni riportate nella **guida operativa a disposizione nell'home page.**

B) MODALITÀ: PRECOMPILAZIONE ON-LINE

1) FUNZIONALITÀ

La prima videata Home Page riepiloga i principali servizi di cui l'assicurato può usufruire:

Gestione anagrafica - per verificare la correttezza dei propri dati anagrafici (*);

Ricerca struttura convenzionata - per verificare le Strutture convenzionate (per l'Equipe medica è necessario contattare la centrale operativa);

DIRETTA- PREATTIVAZIONI - per preattivare on line i ricoveri;

RICHIESTA DI RIMBORSO - per pre-compilare la richiesta di rimborso direttamente on-line;

Archivio rimborsi - per visualizzare l'intero percorso di tutte le richieste inoltrate, comprese quelle inviate in maniera tradizionale (solo cartacea), dall'apertura alla chiusura, richieste sospese comprese;

Richiesta documenti - per richiedere e stampare la lettera di liquidazione della richiesta di rimborso con stato "LAVORATA";

Richiesta dossier - per richiedere e stampare la copia della documentazione inoltrata al Provider con stato "LAVORATA";

Modulistica - per stampare il modulo di rimborso per la compilazione cartacea ed extra ricoveri.

(*) Qualora il dipendente, nella sezione "Gestione Anagrafica" dovesse riscontrare dati anagrafici errati o mancanti, è pregato di darne comunicazione all'ufficio risorse umane (indirizzo mail HR)

2) OPERATIVITÀ

L'Assicurato dovrà, dopo la precompilazione on-line, stampare il modulo ed apporre la firma (**trattamento dei dati personali compresa**);

PRECISAZIONI VALIDE PER TUTTE LE MODALITÀ

Si raccomanda inoltre di:

- a) utilizzare un modulo per ogni persona e per ogni richiesta;
- b) inviare tutta la documentazione in unica soluzione a cure ultimate in quanto, se trasmessa in tempi diversi, potrebbe dare origine a disguidi d'ordine amministrativo;

Gli importi delle liquidazioni verranno bonificati direttamente da Zurich, esclusivamente sul C/C personale del dipendente indicato in anagrafica sul portale;

Evidenziamo infine che nella videata Home Page, al servizio "Impostazioni", è possibile effettuare la modifica della password registrata, mentre in caso di dimenticanza della stessa o del nome utente è necessario contattare la Centrale Operativa tramite il numero verde.

Data ultimo aggiornamento: 01 Gennaio 2023

Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Dublino A94 X9Y3, 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. I.00066
C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968
Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

modello P.0640.SET INFORMATIVO - ed. 01.2023

