

Zurich Fortuna 2.0

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

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 01.2023
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 05.2023
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 05.2023

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Polizza Infortuni, Invalidità permanente da Malattia e Assistenza

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo



Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc)
Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Fortuna 2.0

Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania - Registro del Tribunale di Francoforte HRB 300000 - Sottoposta alla vigilanza di BaFin, Autorità Federale di Supervisione 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. 1.00066

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

Che tipo di assicurazione è?

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



Che cosa è assicurato?

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

Le garanzie *Infortuni* sono:

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

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

- ✓ **Invalidità permanente da Malattia:** pagamento di un *Indennizzo* all'Assicurato in caso di *Invalidità permanente da Malattia*, a condizione che quest'ultima si sia manifestata durante il periodo di efficacia della *Polizza*.
- ✓ **Assistenza Infortuni:** questa garanzia opzionale può essere acquistata in abbinamento alla garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*. A seguito di *Infortunio* vengono fornite *Prestazioni* di Assistenza alla persona con possibilità di scelta tra una forma base ed una forma top.

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



Che cosa non è assicurato?

✗ Con riferimento alle garanzie *Infortuni*:

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



Ci sono limiti di copertura?

Con riferimento alle garanzie *Infortuni* sono esclusi quelli:

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

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

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

Per le restanti esclusioni si veda il Dip Aggiuntivo.



Dove vale la copertura?

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

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



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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

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

La *Polizza* prevede meccanismi di indicizzazione/adeguamento del *Premio*.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alla data indicata in *Polizza* oppure alla data del pagamento del *Premio* o della prima rata di *Premio*, se successiva, il contratto può avere durata annuale, inferiore all'anno solare o poliennale e finisce alla data di scadenza indicata in *Polizza*. Le *Polizze* che hanno durata annuale o poliennale possono prevedere o meno il tacito rinnovo annuale, in funzione dell'opzione scelta; per le *Polizze* che prevedono il tacito rinnovo annuale, la copertura si rinnova automaticamente, salvo il caso disdetta inviata da una delle parti con le modalità indicate alla sezione successiva. In fase di tacito rinnovo 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 mancato pagamento del *Premio* comporta la cessazione automatica del contratto per disdetta alla data di scadenza. Le *Polizze* con durata inferiore all'anno solare sono stipulate senza tacito rinnovo e cessano automaticamente alla loro scadenza senza necessità di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

Per le *Polizze* che prevedono il tacito rinnovo annuale, il *Contraente* e/o la *Compagnia* possono disdire la *Polizza* con lettera raccomandata o a mezzo PEC, da inviare almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza originaria della *Polizza* oppure, per le *Polizze* che si siano già tacitamente rinnovate, prima di ciascuna scadenza annuale successiva.

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

In caso di *Polizza* di durata poliennale il *Contraente* non può recedere dalla *Polizza* per i primi cinque anni nel caso in cui la *Compagnia* abbia riconosciuto una riduzione di *Premio*. Trascorso il quinquennio il *Contraente* può recedere, senza oneri e con preavviso di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza della *Polizza*.

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

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

Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc)

Rappresentanza Generale per l'Italia

Fortuna 2.0

Data di ultimo Aggiornamento: gennaio 2024. 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 Europe AG (già Zurich Insurance Plc). Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania. Registro del Tribunale di Francoforte HRB 300000 - Sottoposta alla vigilanza di BaFin, Autorità Federale di Supervisione 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.europe@pec.zurich.it.

Con riferimento al bilancio di esercizio 2022 della Zurich Insurance Plc, il patrimonio netto è pari a 1.244 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 1.236 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 144% 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): 1.446 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 651 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.086 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 1.755 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Infortuni

Invalidità permanente da Infortunio

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

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

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

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

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

	È possibile scegliere fino a tre tabelle di <i>Indennizzo</i> tra quelle proposte ed associarvi tre distinte somme assicurate, con l'avvertenza che le tabelle di <i>Indennizzo</i> 1, 2, 3, e 4 sono alternative tra di loro. In caso di <i>Infortunio</i>, contrattualmente indennizzabile, che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una <i>Invalidità permanente accertata di grado pari o maggiore al 66%</i>, verrà garantito, in aggiunta al previsto <i>Indennizzo</i> per l'<i>Invalidità permanente</i>, anche il pagamento di una rendita vitalizia mensile non rivalutabile, per l'importo indicato in <i>Polizza</i>. Detta rendita vitalizia sarà assegnata con apposita <i>Polizza</i> vita emessa da Zurich Investments Life S.p.A. stipulata tra Zurich Insurance Plc - Rappresentanza generale per l'Italia (Contraente) e Zurich Investments Life S.p.A. e, con <i>Premio</i> a carico di Zurich Insurance Plc - Rappresentanza generale per l'Italia, a condizione che l'<i>Assicurato</i> abbia accettato la liquidazione a titolo definitivo dell'<i>Indennizzo</i> per <i>Invalidità permanente da Infortunio</i> sottoscrivendo apposita quietanza. Il beneficiario della rendita vitalizia è l'<i>Assicurato</i> stesso. La rendita vitalizia verrà corrisposta finché l'<i>Assicurato</i> sarà in vita. Il decesso dell'<i>Assicurato</i> determina l'interruzione dell'erogazione della rendita. <i>Inabilità temporanea</i> Oltre alle informazioni fornite nel DIP si precisa che la garanzia può essere prestata unicamente per gli <i>Assicurati</i> che svolgono un lavoro imprenditoriale, libero professionale o autonomo e non può essere acquistata se scelte le opzioni con riduzione di <i>Premio</i> "Limitazione della garanzie ai soli <i>Rischi</i> professionali" o "Limitazione della garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali". Morte contestuale Se in un medesimo evento si verifica la morte per <i>Infortunio</i> di entrambi i genitori assicurati sulla stessa <i>Polizza</i>, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli minorenni o <i>Invalidi civili</i> espressamente indicati quali beneficiari, l'<i>Indennizzo</i> spettante per la garanzia Morte per ciascun genitore aumentato del 100%. Rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro Se a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro a danno dell'<i>Assicurato</i> si verifica il decesso dell'<i>Assicurato</i> stesso, la <i>Compagnia</i> corrisponde ai figli e/o al coniuge non legalmente separato espressamente indicati quali beneficiari la somma assicurata per il caso Morte aumentata del 50%. Ernie traumatiche La garanzia comprende l'<i>invalidità</i> derivante dalle ernie traumatiche alle seguenti condizioni: • qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di <i>Inabilità temporanea</i>, ove prevista, fino a un massimo di 100 giorni; • qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di <i>Invalidità permanente</i> accertato, con il limite massimo del 10% dell'<i>Invalidità permanente</i> totale se indennizzabile a termini della tabella di liquidazione prestata. Rotture tendinee sottocutanee Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea di tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale, e cuffia dei rotatori Zurich liquida il grado di <i>invalidità</i> pari al 4% con il massimo di € 6.000, senza l'applicazione delle <i>Franchigie</i> eventualmente previste. Malattie tropicali/malaria La garanzia è estesa all'<i>Invalidità permanente</i> derivante dal contagio di <i>Malattie tropicali</i>, diagnosticate dai medici curanti. La malaria si intende parificata alle <i>Malattie tropicali</i>. Le presenti garanzie sono prestate anche per gli <i>Infortuni</i> derivanti da <i>Attacchi Cyber</i>.
Malattia	<i>Invalidità permanente da Malattia</i> Oltre alle informazioni fornite nel DIP base, si precisa che il grado di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della <i>Malattia</i>, sulla base delle percentuali stabilite nella <i>Tabella di valutazione medico-legale</i> Inail t.u. 30 giugno 1965 n. 1124. La garanzia opera nella forma indicata in <i>Polizza</i> e in abbinamento alle <i>Tabelle di Indennizzo</i> scelte tra quelle che seguono: • <i>Tabella di Indennizzo</i> 8 - <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> con <i>Franchigia</i> 22%; • <i>Tabella di Indennizzo</i> 9 - <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> con <i>Franchigia</i> 50%. Indipendentemente dal numero di <i>Sinistri</i> e dalla forma contrattuale scelta, il totale degli <i>Indennizzi</i> non potrà mai superare, nell'annualità assicurativa, la somma assicurata indicata in <i>Polizza</i>. FORMA A: Per ogni <i>Sinistro</i>, l'<i>Indennizzo</i> si determina applicando il grado di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> accertato alla <i>Tabella di Indennizzo</i> scelta e indicata in <i>Polizza</i>. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata.

	FORMA B: Per i primi due <i>Sinistri</i> liquidati (considerando come liquidati anche i <i>Sinistri</i> con importo di liquidazione pari a zero poiché il grado di <i>Invalidità permanente</i> accertato rientra nella <i>Franchigia</i> contrattuale) tra quelli denunciati nella medesima annualità assicurativa, l'<i>Indennizzo</i> si determina applicando alla somma assicurata la percentuale da liquidare identificata secondo le seguenti regole: 1. per il primo <i>Sinistro</i> liquidato, l'<i>Indennizzo</i> si determina applicando il grado di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> accertato in base alla <i>Tabella di Indennizzo</i> indicata in <i>Polizza</i>. Successivamente alla liquidazione si definisce la <i>Franchigia</i> residuale come la differenza tra la <i>Franchigia</i> contrattuale ed il grado di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> accertato dal <i>Sinistro</i> stesso; 2. per il secondo <i>Sinistro</i> liquidato, l'<i>Indennizzo</i> si determina come di seguito indicato: • se il grado di <i>Invalidità permanente da Malattia</i> accertato è uguale o inferiore alla <i>Franchigia</i> contrattuale indicata in <i>Polizza</i>, la <i>Compagnia</i> riconosce all'<i>Assicurato</i> la % di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> accertata, ridotta della <i>Franchigia</i> residuale risultante dopo la liquidazione del primo <i>Sinistro</i>; • se il grado di <i>Invalidità permanente da Malattia</i> accertato è superiore alla <i>Franchigia</i> contrattuale indicata in <i>Polizza</i>, la <i>Compagnia</i> riconosce all'<i>Assicurato</i> il grado di <i>Invalidità permanente</i> da <i>Malattia</i> accertato in base alla <i>Tabella di Indennizzo</i> indicata in <i>Polizza</i>, aumentata della differenza tra la <i>Franchigia</i> contrattuale indicata in <i>Polizza</i> e la <i>Franchigia</i> residuale risultante dopo la liquidazione del primo <i>Sinistro</i>. 3. a partire dal terzo <i>Sinistro</i> liquidato nella medesima annualità assicurativa, l'<i>Indennizzo</i> si determina applicando il grado di <i>Invalidità permanente da Malattia</i> accertato in base alla <i>Tabella di Indennizzo</i> indicata in <i>Polizza</i>. All'interno delle Condizioni di Assicurazione sono riportati degli esempi rappresentativi rivolti al funzionamento delle forme A e B di cui sopra.
Assistenza Infortuni	• <u>Forma Base</u>: a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste le <i>Prestazioni</i> di consulenza medica, invio di un medico generico in casi di urgenza, trasporto in ambulanza in Italia, trasferimento in centro ospedaliero attrezzato, rientro da centro ospedaliero attrezzato, rientro sanitario da un viaggio, rientro anticipato da un viaggio, viaggio di un familiare, rimpatrio salma, invio di infermiere a domicilio, invio di collaboratrice familiare, consegna spesa al domicilio, rientro con un familiare, accompagnamento di minori, anticipo di spese mediche, autista a disposizione, prolungamento del soggiorno, interprete a disposizione. • <u>Forma Top</u>: oltre a quanto indicato nella Forma Base, a seguito di <i>Infortunio</i> sono previste anche le <i>Prestazioni</i> di assistenza psicologica telefonica e assistenza domiciliare integrata (ADI). Le <i>Prestazioni</i> Assistenza sono fornite a seguito di <i>Infortunio</i> dell'<i>Assicurato</i> anche se derivante da <i>Attacchi Cyber</i>.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Garanzie Infortuni	Limitazione delle garanzie ai soli <i>Rischi</i> professionali Se il <i>Contraente</i> è una persona giuridica, le garanzie <i>Infortuni</i> possono essere limitate ai soli <i>Infortuni</i> subiti dall'<i>Assicurato</i> nello svolgimento delle <i>Attività professionali</i> indicate in <i>Polizza</i>. Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>. Limitazione delle garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali Le garanzie <i>Infortuni</i> possono essere limitate ai soli <i>Infortuni</i> subiti dall'<i>Assicurato</i> nello svolgimento di attività di natura non professionale e del tempo libero. I soggetti che svolgono la professione di assistente di volo, pilota di aereo ed elicottero devono obbligatoriamente attivare questa opzione. Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Garanzie Infortuni	Discipline sportive Le garanzie Morte e <i>Invalidità permanente</i> da <i>Infortunio</i> possono essere estese agli <i>Infortuni</i> derivanti dall'esercizio, a carattere non professionale, delle seguenti discipline sportive: scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore. Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>. Supervalutazione arti superiori, visus e udito La percentuale della somma assicurata riconosciuta in caso di <i>Infortunio</i> che abbia comportato perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, del visus e dell'udito, può essere elevata. Questa opzione è acquistabile solo in presenza di tutte le condizioni di seguito riportate: • è stata scelta la <i>Tabella di valutazione medico-legale</i> Inail; • è stata scelta la <i>Tabella di Indennizzo</i> n. 2 "<i>Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione</i>";

- non è stata scelta l'opzione con riduzione del *Premio* "Limitazione della garanzie ai soli *Rischi* extra professionali";
- l'*Assicurato* svolge una o più delle seguenti professioni: agronomo, architetto, dentista, disegnatore, pittore, grafico, fisioterapista, massaggiatore, geometra, igienista dentale, infermiere, ingegnere, medico specialista o generico, musicista (compositore, concertista, direttore d'orchestra, insegnante di musica), odontotecnico, ostetrico/a, veterinario.

Opzione relativa alla garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*.

Bonus Franchigia su Invalidità permanente da Infortunio- Opzioni A, B e C

Le seguenti opzioni A, B e C, relative alla garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*, ove acquistabili, saranno obbligatoriamente abbinabili alle Tabelle di *Indennizzo* n. 1 "*Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% e supervalutazione*", oppure n. 2 "*Invalidità permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione*".

Il *Contraente* al momento dell'emissione del contratto dovrà scegliere la *Tabella di Indennizzo* 1 o 2 sopra richiamate, la cui scelta sarà indicata in *Polizza*.

Le Tabelle di *Indennizzo* sopra richiamate sono riportate nell'Allegato 2 delle Condizioni di *Assicurazione*.

OPZIONE A:

viene corrisposta un'Indennità per *Invalidità permanente da Infortunio* calcolata con le seguenti modalità:

- sulla metà della somma assicurata indicata in *Polizza* e comunque con il limite massimo di 100.000 euro, fino al 21% di invalidità accertata, senza applicazione di *Franchigia*. Per le percentuali di *Invalidità permanente* accertate di grado uguale o superiore al 22%, la *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* l'*Indennizzo* applicando la *Tabella di Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*;
- sulla restante parte della somma assicurata indicata in *Polizza*, applicando la *Tabella di Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

OPZIONE B:

viene corrisposta un'Indennità per *Invalidità permanente da Infortunio* calcolata con le seguenti modalità:

- sulla somma assicurata indicata in *Polizza* con il limite massimo di 200.000 euro in base alle percentuali che seguono:

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

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

- sulla restante parte della somma assicurata indicata in *Polizza*, applicando la *Tabella di Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

OPZIONE C

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

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

	Per le percentuali di <i>Invaldit� permanente</i> accertata uguali o superiori al 22%, la <i>Compagnia</i> riconosce all'Assicurato l'<i>Indennizzo</i> applicando la <i>Tabella di Indennizzo</i> n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in <i>Polizza</i>. Ai fini del Bonus <i>Franchigia</i> – Opzione C, sono conteggiati i periodi annui interi a partire dalla data di decorrenza dell'<i>Annualit� di Polizza</i> successiva alla data di accadimento dell'ultimo <i>Sinistro</i> di <i>Invaldit� permanente</i> liquidato all'Assicurato. In presenza di pi� <i>Sinistri</i> avvenuti successivamente al periodo di assenza di <i>Sinistri</i> liquidati (2 o 4 anni come da tabella sopra riportata), il Bonus <i>Franchigia</i> si applica solo al primo <i>Sinistro</i> dell'anno assicurativo di accadimento. Supervalutazione specifica per la professione di avvocato La percentuale della somma assicurata riconosciuta in caso di <i>Infortunio</i> che abbia comportato perdita anatomica o funzionale totale degli arti superiori, del visus, della voce e dell'udito, pu� essere elevata. Questa opzione � acquistabile solo in presenza di tutte le condizioni di seguito riportate: � stata scelta la <i>Tabella di valutazione medico-legale INAIL</i>; � stata scelta la <i>Tabella di Indennizzo n. 2 "Invaldit� permanente da Infortunio con Franchigia del 3% senza supervalutazione"</i>; - non � stata scelta l'opzione con riduzione del <i>Premio</i> "Limitazione della garanzie ai soli <i>Rischi</i> extra professionali"; - l'Assicurato svolge la professione di avvocato. Opzione relativa alla garanzia <i>Invaldit� permanente da Infortunio</i>.
	Garanzia spese extra � possibile il rimborso delle seguenti spese aggiuntive conseguenti all'<i>Infortunio</i>: <u>Perdita anno scolastico</u>: indennit� aggiuntiva pari a � 2.000 per <i>Sinistro</i> se l'<i>Infortunio</i> ha determinato per lo studente assicurato (iscritto a scuole primarie oppure secondarie di primo o di secondo grado ubicate nel <i>Territorio italiano</i>) la perdita dell'anno scolastico. <u>Degenza da Ricovero</u>: diaria per ogni giorno di degenza pari a 1/1.000 della somma assicurata per il caso di <i>Invaldit� permanente da Infortunio</i> con il massimo di � 100 qualora in conseguenza di <i>Infortunio</i> l'Assicurato sia ricoverato in una struttura ospedaliera pubblica o privata. <u>Indennit� aggiuntiva per estinzione del mutuo</u>: indennit� aggiuntiva pari alla sommatoria di eventuali rate di mutuo residuo, acceso sull'abitazione di residenza, in capo all'Assicurato, fino alla concorrenza del 10% della somma assicurata per Morte o <i>Invaldit� permanente</i>, con il massimo di � 50.000 per <i>Sinistro</i>. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti la Morte o una <i>Invaldit� permanente</i> superiore al 50% e l'abitazione di residenza sia assicurata con una <i>Polizza casa della Compagnia</i>. <u>Superamento barriere architettoniche abitative</u>: rimborso delle spese sostenute per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'Assicurato finalizzate al superamento delle barriere architettoniche abitative, fino alla concorrenza del 5% della somma assicurata per <i>Invaldit� permanente da Infortunio</i>, con il massimo di � 20.000 per Assicurato e per anno assicurativo. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti una <i>Invaldit� permanente</i> superiore al 50%. <u>Adeguamento autovettura</u>: rimborso delle spese sostenute per l'adeguamento/personalizzazione dell'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente in riferimento alla disabilit� riportata, fino alla concorrenza di � 5.000 per Assicurato e per anno assicurativo. Questa <i>Prestazione</i> opera in caso di <i>Infortunio</i> che comporti una <i>Invaldit� permanente</i> superiore al 50%. <u>Ulteriori rimborsi</u>: rimborso, sino ad un massimo di � 3.000 per <i>Sinistro</i> e per Assicurato, delle spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'<i>Infortunio</i> alla struttura ospedaliera di pronto soccorso pubblica o privata, il rimpatrio dell'Assicurato se l'<i>Infortunio</i> � avvenuto all'estero, le azioni di salvataggio o di ricerca dell'Assicurato e il trasporto della salma dell'Assicurato a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza. Opzione relativa alle garanzie <i>Infortuni</i>.



Che cosa NON   assicurato?

Rischi esclusi Garanzia Infortuni	Oltre alle informazioni fornite nel DIP base sono esclusi: gli Infortuni conseguenti all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficolt� superiore al 3� grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate. La copertura pu� essere estesa anche a queste attivit� attivando la relativa "Opzione con pagamento di un <i>Premio</i> aggiuntivo";
---	--

	• gli <i>Infortuni</i> che derivino dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; • gli <i>Infortuni</i> conseguenti a delitti dolosi dell'<i>Assicurato</i> e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio; • gli <i>Infortuni</i> conseguenti a operazioni chirurgiche non rese necessarie dall'<i>Infortunio</i> stesso; • gli <i>Infortuni</i> dovuti a insurrezioni e fatti di guerra; • gli <i>Infortuni</i> dovuti a stato di guerra, quando l'<i>Assicurato</i> si trovi già all'estero e gli <i>Infortuni</i> si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'<i>Assicurato</i> si rechi volontariamente in paesi interessati da operazioni belliche; • gli <i>Infortuni</i> conseguenti a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • gli <i>Infortuni</i> conseguenti a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o da <i>Cyberterrorismo</i>, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni; • gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo, tranne quelle previste dalla garanzia "Ernie traumatiche" e le rotture sottocutanee dei tendini, tranne quelle previste dalla garanzia "Rotture tendinee sottocutanee"; • con riferimento alla garanzia <i>Inabilità temporanea</i>, gli <i>Infortuni</i> occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni; • con riferimento alla garanzia Spese di cura, le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.
Rischi esclusi Invalità permanente da Malattia	Oltre alle informazioni fornite nel DIP base sono escluse le conseguenze di: • <i>Malattie mentali</i>, <i>Malattie</i> psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali; • A.I.D.S.; • <i>Malattie tropicali</i>; • intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni; • trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; • trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); • contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o da <i>Cyberterrorismo</i>, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni. È possibile inoltre che possano essere escluse le conseguenze di ulteriori patologie a seguito della valutazione del <i>Questionario anamnestico</i>, documento che descrive lo stato di salute dell'<i>Assicurato</i> e che deve essere compilato e sottoscritto dall'<i>Assicurato</i> stesso o da chi ne esercita la patria potestà.
Rischi esclusi Assistenza Infortuni	Sono escluse le <i>Prestazioni</i> dovute o conseguenti a: • guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; • scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, <i>Cyberterrorismo</i>; • dolo dell'<i>Assicurato</i>; • suicidio o tentato suicidio; • <i>Infortuni</i> derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli <i>Infortuni</i> sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale; • <i>Malattie mentali</i> e <i>Malattie</i> nervose; • <i>Malattie</i> dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio; • ogni patologia preesistente; • <i>Malattie</i> e <i>Infortuni</i> conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; • l'espianto e/o il trapianto di organi.



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

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

Relativamente al pagamento della rendita vitalizia, prevista dalla garanzia *Invalità permanente da Infortunio*, lo stesso **non è previsto:**

- qualora l'*Invalità permanente da Infortunio* accertata sia di grado inferiore al 66%;
- qualora l'*Invalità permanente da Infortunio*, anche se di grado uguale o maggiore al 66%, non sia contrattualmente indennizzabile;
- in caso di decesso dell'*Assicurato*.

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

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

Relativamente alla garanzia *Inabilità temporanea*, è prevista una *Franchigia* di 9 giorni, non applicata nei casi in cui sia accertato un grado di *Invalidità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata con almeno 2 pernottamenti.

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

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

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

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

Relativamente alla garanzia *Indennità Ricovero Ospedaliero*:

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

Inoltre:

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

Invalidità permanente da Malattia

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

Assistenza Infortuni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La *Prestazione* non è operante:

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

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

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

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

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di Sinistro?	Denuncia di Sinistro Il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i> deve denunciare il <i>Sinistro</i> all'<i>Intermediario assicurativo</i> di riferimento o alla Zurich entro 5 giorni da quello in cui lo stesso si è verificato o da quando ne abbia avuto la possibilità, comunque non oltre 1 anno dalla cessazione della <i>Polizza</i> (art. 1913 codice civile). Garanzia Invalidità permanente da Malattia Ai fini dell'attivazione della garanzia <i>Invalidità permanente da Malattia</i> ogni qualvolta all'<i>Assicurato</i> venga formulata una diagnosi di <i>Malattia</i>, lo stesso è tenuto, nel termine massimo di sei mesi dalla diagnosi stessa, ad acquisire parere medico circa l'eventuale <i>Invalidità permanente</i> dalla stessa derivata. Qualora dal parere risulti che la <i>Malattia</i> possa comportare un qualsiasi tipo di <i>Invalidità permanente</i>, il <i>Contraente</i> o l'<i>Assicurato</i> deve farne immediatamente denuncia alla <i>Compagnia</i>. L'<i>Assicurato</i> dovrà procedere ad effettuare la denuncia per ogni singola patologia diagnosticata e recante postumi invalidanti da accertare.
	Garanzia Infortuni e Invalidità permanente da Malattia La denuncia, che può essere fatta compilando l'apposito modulo in calce alle condizioni di <i>Assicurazione</i>, deve indicare le cause che hanno determinato il <i>Sinistro</i> ed essere corredata di certificato medico. Se viene inviata con un ingiustificato ritardo, Zurich riconosce l'indennità giornaliera da <i>Inabilità temporanea</i>, se assicurata, solo dal giorno successivo al giorno di ricevimento della denuncia. Se si verificassero dei prolungamenti dell'<i>Inabilità temporanea</i> gli stessi dovranno essere tempestivamente comunicati con l'invio di specifico certificato medico. Se dopo l'<i>Infortunio</i> o durante il periodo di cura l'<i>Assicurato</i> decede la circostanza deve essere immediatamente denunciata.
	Gestione da parte di altre imprese Garanzia Assistenza Infortuni Zurich ha conferito a Mapfre Asistencia S.A. (sede operativa Strada Trossi 66, 13871 Verrone – BI – numero verde 800-181515 oppure +39 015-255.9790) l'incarico di gestire i Sinistri riguardanti la garanzia Assistenza Infortuni.
	Prescrizione I diritti derivanti dal contratto di <i>Assicurazione</i> (diversi dal diritto al pagamento delle rate di <i>Premio</i>) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ossia dall'accertamento della stabilizzazione dei postumi derivati dall'evento dannoso.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono informazioni aggiuntive rispetto a quanto riportato nel DIP danni.

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



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.
Sospensione	Il <i>Contraente</i> non può sospendere le garanzie; tuttavia l' <i>Assicurazione</i> resta automaticamente sospesa se il <i>Contraente</i> non paga le rate di <i>Premio</i> successive alla prima, a partire dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

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



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 21%, calcolato sul *Premio* lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I <i>Reclami</i> devono essere inoltrati per iscritto a: Zurich Insurance Europe AG (già 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 È altresì possibile inviare il <i>Reclamo</i> tramite il sito internet della <i>Compagnia</i> www.zurich.it nella sezione dedicata ai <i>Reclami</i>. La <i>Compagnia</i> deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del <i>Reclamo</i>. Per i <i>Reclami</i> aventi ad 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.
All'IVASS	All'IVASS vanno indirizzati i <i>Reclami</i>: - aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del <i>Codice delle Assicurazioni Private</i>, delle relative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle compagnie di <i>Assicurazione</i> e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; - in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un <i>Reclamo</i> indirizzato alla <i>Compagnia</i>. I <i>Reclami</i> devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS, Via del Quirinale, 21 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Per la presentazione dei <i>Reclami</i> ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai <i>Reclami</i>, accessibile anche tramite il link presente sul sito della <i>Compagnia</i> www.zurich.it. Zurich Insurance Europe AG è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, ha la propria sede legale a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania ed è sottoposta alla vigilanza di BaFin, Autorità Federale di Supervisione dei Servizi Finanziari. Zurich Insurance Europe AG 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. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il <i>Reclamo</i> all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	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). 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).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla <i>Compagnia</i>. La convenzione di negoziazione assistita si applica per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti (come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria) oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti € 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle Condizioni di <i>Assicurazione</i>), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.

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.

Glossario e Condizioni di Assicurazione

Zurich Fortuna 2.0



Indice

Glossario	pag. 2 di 48
Condizioni di Assicurazione	pag. 5 di 48
Condizioni Generali	pag. 5 di 48
Sezione - Infortuni	pag. 8 di 48
• Cosa assicuriamo	pag. 8 di 48
• Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)	pag. 10 di 48
• Altre garanzie (sempre operanti)	pag. 11 di 48
• Condizioni particolari per singolo Assicurato (valide solo se espressamente richiamate in Polizza)	pag. 12 di 48
Sezione - Invalidità permanente da Malattia	pag. 20 di 48
• Cosa assicuriamo	pag. 20 di 48
• Delimitazioni ed Esclusioni	pag. 22 di 48
In caso di Sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia	pag. 22 di 48
Sezione – Assistenza Infortuni	pag. 25 di 48
• Cosa assicuriamo	pag. 25 di 48
• Delimitazioni ed esclusioni	pag. 28 di 48
• Effetti giuridici delle Prestazioni	pag. 28 di 48
• Istruzioni per la richiesta di assistenza in caso di Sinistro	pag. 28 di 48
Allegato 1: Tabelle di valutazione medico-legale	pag. 29 di 48
Allegato 2: Tabelle di Indennizzo riferite alle Condizioni particolari selezionate e indicate in Polizza	pag. 31 di 48
Allegato 3: Classificazione delle Attività professionali	pag. 40 di 48
Allegato 4: Coefficienti di adeguamento del Premio per età dell'Assicurato (garanzie Infortuni e Malattia)	pag. 43 di 48
Allegato 5: Franchigia residuale garanzia Invalidità permanente da Malattia	pag. 44 di 48
Allegato 6: Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione	pag. 45 di 48

Glossario

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

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

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

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

Assicurazione - Il contratto di *Assicurazione*.

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

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

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

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

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

Compagnia - La Società Assicuratrice, ovvero Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc), Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

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

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

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

Dati elettronici - Informazioni salvate o trasmesse in formato digitale

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

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

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

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

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

- a) *Dati personali* trasmessi, conservati o comunque trattati soggetti alla cura, custodia o controllo dell'*Assicurato*, o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi dell'*Assicurato*;
- b) informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo dell'*Assicurato* o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

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

- a) un'interruzione, sospensione, incidente, deterioramento o ritardo, effettivo e misurabile, del funzionamento del *Sistema informativo* dell'*Assicurato*
- b) un'alterazione, corruzione o distruzione di informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo di un *Assicurato* espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

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

Franchigia residuale - Differenza tra la *Franchigia* contrattuale ed il grado di *Invalità permanente* da Malattia accertato.

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

Sono parificate alle *Fratture ossee*:

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

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

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

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

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

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

Invalide civile - Soggetto nei cui confronti è stata accertata una riduzione della capacità lavorativa nella misura pari o superiore al 74% e che non svolge attività lavorativa, in riferimento all'art. 1 comma 35 Legge 24 dicembre 2007 n. 247.

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

- il normale percorso di andata e ritorno dall'abitazione al posto di lavoro, **escluso quanto occorso entro l'abitazione, le pertinenze e delle parti condominiali**;
 - il normale percorso che il lavoratore deve fare per recarsi da un luogo di lavoro ad un altro, nel caso di rapporti di lavoro plurimi;
 - l'abituale percorso per la consumazione dei pasti qualora non esista una mensa aziendale;
- il tutto come disciplinato dall'articolo 12 del decreto legislativo 38/2000.

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

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

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

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

Polizza - Il documento che prova l'*Assicurazione*.

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

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

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

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

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di una impresa di *Assicurazione*, di un *Intermediario assicurativo* o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati *Reclami* le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

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

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

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

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

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

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

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

Struttura Organizzativa - La Struttura di Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A., Strada Trossi 66 – Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operato ed eroga, con costi a carico della *Compagnia*, le *Prestazioni* di assistenza previste dalle Condizioni di *Assicurazione*.

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

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

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

Data ultimo aggiornamento: 01 Gennaio 2023

Condizioni di Assicurazione

Condizioni Generali

Articolo 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del *Rischio*

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

Articolo 2 - Pagamento del *Premio* e decorrenza della garanzia

L'*Assicurazione* ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in *Polizza* se il *Premio* o la prima rata di *Premio* sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il *Contraente* non paga i Premi o le rate di *Premio* successive, l'*Assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della *Compagnia* al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile. Il *Premio* è sempre determinato per periodi di *Assicurazione* di 1 anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

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

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

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

Articolo 3 - Modifiche dell'*Assicurazione*

Le eventuali modifiche dell'*Assicurazione* devono essere provate per iscritto.

Articolo 4 - Recesso in caso di *Sinistro*

Dopo ogni *Sinistro* e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'*Indennizzo*, il *Contraente* e/o la *Compagnia* possono recedere dall'*Assicurazione* prestata per la garanzia interessata o dall'intera *Polizza* con preavviso di 30 giorni fatta eccezione, qualora prestata, per la garanzia *Invalidità permanente da Malattia* per la quale il recesso per *Sinistro* non è esercitabile. Entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la *Compagnia* rimborsa la parte di *Premio* imponibile relativa al periodo di *Rischio* non corso solo nel caso di esercizio del recesso da parte del *Contraente* che abbia acquistato la *Polizza* in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005.

Articolo 5 - Rinnovo dell'*Assicurazione* e periodo di *Assicurazione*

Le *Polizze* che hanno durata annuale o poliennale possono prevedere o meno il tacito rinnovo annuale, in funzione dell'opzione scelta; per le *Polizze* che prevedono il tacito rinnovo annuale, in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o a mezzo PEC spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, l'*Assicurazione* è prorogata di 1 anno e così successivamente. Le *Polizze* con durata inferiore all'anno solare sono stipulate senza tacito rinnovo e cessano automaticamente alla loro scadenza senza necessità di disdetta.

Articolo 5.1 - Modifica del *Premio* e/o della *Polizza* alla scadenza e rinnovo del contratto

Fermo quanto previsto dall'articolo 16 "Adeguamento automatico – Indicizzazione" e dall'articolo 15 "Adeguamento del *Premio* per età", è facoltà della *Compagnia*, anche per tramite dell'*Intermediario assicurativo*, comunicare al *Contraente* mediante comunicazione scritta con preavviso di almeno 30 (trenta) 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 contrattuali di cui al presente Set Informativo.

In tali casi il 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 indicati nel documento di *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 degli elementi contrattuali indicati nel documento di *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 "Rinnovo dell'*Assicurazione* e periodo di *Assicurazione*".

Articolo 6 - Oneri fiscali

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

Articolo 7 - *Assicurazione* stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

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

Articolo 8 - *Assicurazione* per conto altrui

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

Articolo 9 - Validità territoriale

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

Articolo 10 - Altre *Assicurazioni*

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

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

Articolo 11 - Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 12 - Diminuzione del *Rischio*

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

Articolo 13 - Aggravamento del *Rischio*

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

Articolo 14 - Limiti di età

Sezione Infortuni

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

Sezione Invalidità permanente da Malattia

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

Articolo 15 - Adeguamento del *Premio* per età

I premi di tutte le garanzie incluse nella sezione *Infortuni* e nella sezione *Malattia* sono determinati in funzione dell'età dell'*Assicurato*. In occasione di ogni ricorrenza annuale del contratto, il corrispettivo *Premio* per ogni *Assicurato* varierà fino ad un massimo corrispondente all'applicazione dei coefficienti per età di cui all'Allegato 4).

Articolo 16 - Adeguamento automatico – Indicizzazione

Le somme assicurate, il *Premio* e gli eventuali limiti di *Indennizzo* di garanzia espressi in cifra assoluta sono soggetti ad indicizzazione e sono collegati all'indice FOI "Prezzi al consumo senza tabacchi per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT - Istituto

Nazionale di Statistica. Il calcolo è effettuato secondo la seguente regola:

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

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

L'indicizzazione non si applica alla garanzia Assistenza.

Articolo 17 - Recesso dalla *Polizza* poliennale con modalità di pagamento ricorrente e con indicazione dello sconto sulla scheda di *Polizza*

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

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

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

Articolo 18 - Recesso dalla *Polizza* poliennale con modalità di pagamento unico anticipato (indicazione sulla scheda di *Polizza* "Soluzione Unica") e senza indicazione dello sconto sulla scheda di *Polizza* (per inapplicabilità dell'articolo 1899 c.c.)

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

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

In caso di copertura poliennale la *Compagnia* conserva la facoltà di recedere dal contratto assicurativo in ogni *Annualità di Polizza* ai medesimi termini e condizioni riconosciuti all'*Assicurato* in forza dell'inapplicabilità dell'art. 1899 c.c.

Articolo 19 - Cambio del fornitore dei servizi nell'ambito della garanzia "Assistenza - Infortuni"

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

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

Articolo 20 - Foro competente

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

Sezione Infortuni

Cosa assicuriamo

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

Sono considerati *Infortuni* anche:

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

Sono inoltre compresi gli *Infortuni*:

- avvenuti in stato di maleore e/o incoscienza **ad esclusione degli Assicurati affetti da diabete mellito insulinodipendente nei casi di crisi ipoglicemiche e/o iperglicemiche**;
- conseguenti ad imperizia, imprudenza o negligenza anche dovuti a colpa grave;
- derivanti da tumulti popolari, atti di vandalismo, terrorismo, attentati, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico, sociale o sindacale ai quali l'*Assicurato* non abbia preso parte attiva e volontaria;
- conseguenti, a parziale deroga dell'art. 1912 codice civile, ad inondazioni, alluvioni, terremoto, maremoto ed eruzioni vulcaniche;
- derivanti da *Attacchi Cyber*.

Garanzie

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

Invalidità permanente da Infortunio

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

In caso di *Infortunio*, contrattualmente indennizzabile, che determini come conseguenza diretta ed esclusiva una *Invalidità permanente* accertata di grado **pari o maggiore al 66%**, verrà garantito, in aggiunta al previsto *indennizzo* per l'*Invalidità permanente da Infortunio*, anche il pagamento di una rendita vitalizia mensile non rivalutabile, per l'importo indicato in *Polizza*. Detta rendita vitalizia sarà assegnata con apposita *Polizza* vita emessa da Zurich Investments Life S.p.A. stipulata tra Zurich Investments Life S.p.A. e Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc), Rappresentanza Generale per l'Italia (*Contraente*), con *Premio* a carico di Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc), Rappresentanza Generale per l'Italia a condizione che l'*Assicurato* abbia accettato la liquidazione a titolo definitivo dell'*Indennizzo* per *Invalidità permanente* sottoscrivendo apposita quietanza.

Il beneficiario della rendita vitalizia è l'*Assicurato* stesso.

La rendita vitalizia verrà corrisposta finché l'*Assicurato* sarà in vita, pertanto il decesso dell'*Assicurato* determina l'interruzione dell'erogazione della rendita.

Accertamento del grado di *Invalidità permanente da Infortunio*

Il grado di *Invalidità permanente* è accertato sulla base delle percentuali stabilite nella *Tabella di valutazione medico-legale* indicata in *Polizza*.

L'esito della valutazione viene comunicato entro 45 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

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

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

Nei casi non specificati sopra, il grado di Invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati nella *Tabella di valutazione medico-legale*.

In caso di mancino, per le menomazioni degli arti superiori, le percentuali di Invalidità previste per il lato destro si applicano per il lato sinistro e viceversa.

Determinazione dell'Indennizzo

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

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

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

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

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

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

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

Morte

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

Morte presunta

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

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

Inabilità temporanea

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

- integralmente per ogni giorno di *Inabilità temporanea* totale in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle ordinarie occupazioni;
 - al 50% per ogni giorno di *Inabilità temporanea* parziale in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle suddette occupazioni.
- Si conviene che, previa detrazione della *Franchigia* fissa e assoluta espressa in giorni indicata in *Polizza*, i giorni complessivi di accertata e documentata Inabilità vengono considerati:
- nella misura del 60% come *Inabilità temporanea* totale;
 - nella misura del 40% come *Inabilità temporanea* parziale.

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

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

Spese di cura

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

- medici, chirurghi, strutture ospedaliere pubbliche o private;
- accertamenti diagnostici;
- bagni, forni ed altre cure mediche indispensabili;

- trattamenti fisioterapici **con il massimo del 50% della somma assicurata indicata in Polizza**. Nei casi in cui sia accertato un grado di *Invalità permanente* superiore al 15% o il *Sinistro* abbia comportato un *Ricovero* in una struttura ospedaliera pubblica o privata pari ad almeno 15 giorni non si applicherà tale limitazione.

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

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

Indennità Ricovero Ospedaliero

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

Diaria per Ricovero

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

Diaria post Ricovero

La diaria indicata in *Polizza* per un periodo forfettario pari al doppio della durata del *Ricovero* **con il massimo di 60 giorni per Sinistro**.

Diaria da Frattura ossea o da Apparecchio di contenzione

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

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

Delimitazioni ed esclusioni (operanti per tutte le garanzie)

Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

La *Compagnia* non assicura le seguenti persone:

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

Se nel corso del periodo di validità della *Polizza* si verifichi un cambiamento dell'*Attività professionale* dichiarata dall'*Assicurato*, la *Compagnia* non corrisponderà alcun *Indennizzo* se l'attività svolta dall'*Assicurato* al momento dell'*Infortunio*, rientri nell'elenco sopra riportato.

Esclusioni

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

1. ad una delle *Attività professionali* elencate al punto 'Persone non assicurabili' punto 2), per i soli *Rischi* professionali, in caso di *Attività professionali* diverse da quelle dichiarate in *Polizza*;
2. alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
3. all'uso, anche in qualità di passeggero, di ultraleggeri, deltaplani, parapendii ed ogni altro attrezzo o apparecchio per il volo da diporto o sportivo, nonché il paracadutismo in ogni sua forma;
4. alla pratica di attività sportive a livello professionistico, oppure quando a tali attività sia dedicato impegno temporale prevalente

rispetto a qualsiasi altra occupazione;

5. alla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore. L'esclusione non si applica per gli *Infortuni* subiti dall'Assicurato in possesso di patente scaduta a condizione che l'Assicurato stesso ottenga il rinnovo del documento entro 180 giorni dall'*Infortunio*; l'Assicurazione si intende tuttavia valida se il mancato rinnovo sia conseguenza dei postumi invalidanti dell'*Infortunio* stesso;
6. a viaggi aerei effettuati in qualità di pilota, allievo pilota o qualunque altro membro dell'equipaggio, ad eccezione dei medici e/o infermieri in servizio di emergenza e/o pronto soccorso;
7. all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo con scalata di rocce, ghiaccio o ghiacciai di difficoltà superiore al 3° grado U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), pugilato, lotta e arti marziali nelle loro forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia e bungee jumping. L'esclusione non si applica per l'esercizio escursionistico su vie ferrate;
8. alla guida di veicoli e natanti a motore, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
9. all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
10. a delitti dolosi dell'Assicurato e/o dei beneficiari, ad atti di autolesionismo e al suicidio;
11. a operazioni chirurgiche non rese necessarie da *Infortunio*;
12. a insurrezioni e fatti di guerra;
13. a stato di guerra, quando l'Assicurato si trovi già all'estero e gli *Infortuni* si siano verificati dopo 14 giorni dallo scoppio degli eventi bellici e in tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche;
14. a dirette o indirette trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
15. a contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o *Cyberterrorismo*, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni;
16. ad *Atto di forza*.

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

17. Relativamente al pagamento della rendita vitalizia prevista dalla garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*, lo stesso non è previsto:

- qualora l'*Invalidità permanente da Infortunio* accertata sia di grado inferiore al 66%;
- qualora l'*Invalidità permanente da Infortunio* anche se di grado uguale o maggiore al 66% non sia contrattualmente indennizzabile;
- in caso di decesso dell'Assicurato.

Altre garanzie (sempre operanti)

1. Morte contestuale

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

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

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

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

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

3. Menomazioni estetiche

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

4. Ernie traumatiche

A parziale deroga del paragrafo "Esclusioni" del capitolo "Delimitazioni ed esclusioni", la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità assicurata per il caso di *Inabilità temporanea*, ove prevista, **fino ad un massimo di 100 giorni**;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di *Invalidità*

permanente accertato, **con il limite massimo del 10% dell'Invalidità permanente totale se indennizzabile a termini della Tabella di liquidazione prestata;**

- in caso di contestazioni circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Procedura per la valutazione del danno" del capitolo "In caso di *Sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia*".

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

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

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

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

6. Malattie tropicali/malaria

La garanzia è estesa all'*Invalidità permanente* derivante dal contagio di *Malattie tropicali*, diagnosticate dai medici curanti, **fino alla concorrenza della somma assicurata e con un massimo Indennizzo di 200.000 euro**. La malaria si intende parificata alle *Malattie tropicali*. **Nessun Indennizzo ha luogo per Invalidità permanente accertata di grado pari o inferiore al 15%**; se invece essa risulta superiore al 15% si applica la *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

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

In caso di divergenza sulla diagnosi della *Malattia* la decisione può essere rimessa al Collegio medico secondo la procedura prevista al paragrafo "Procedura per la valutazione del danno" del capitolo "In caso di *Sinistro – Infortuni/Invalidità permanente da Malattia*".

7. Anticipo Indennizzi

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

- per la garanzia *Invalidità permanente* un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'*Indennizzo* **con il massimo di 30.000 euro**. **Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di Invalidità permanente stimata dalla Compagnia sia superiore al 25%;**
- per la garanzia *Inabilità temporanea* l'indennità maturata corrispondente a 30 giorni di *Inabilità temporanea*, **a condizione che siano trascorsi almeno 3 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che per tale periodo sia comprovato il continuativo stato di Inabilità totale.**

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

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

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

1. Limitazione delle garanzie ai soli Rischi professionali

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

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

2. Limitazione delle garanzie ai soli Rischi extraprofessionali

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

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

3. Discipline sportive

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

Relativamente alla garanzia *Invalidità permanente*, non è corrisposto alcun Indennizzo qualora l'Invalidità permanente accertata sia

inferiore al 10%. Qualora l'*Invalidità permanente* accertata sia uguale o superiore al 10%, l'*Indennizzo* è corrisposto sulla base della *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza*.

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

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

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

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

5. Bonus Franchigia su Invalidità permanente

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

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

oppure

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

Le Tabelle di *Indennizzo* sopra richiamate sono riportate nell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di *Assicurazione*.

Nel caso di sottoscrizione della forma assicurativa "multilivello", il Bonus *Franchigia* si applica solo al livello di somma assicurata richiamata in abbinamento alle tabelle di *Indennizzo* n. 1 oppure n. 2 in base a quanto indicato in *Polizza*.

Bonus Franchigia su Invalidità permanente**- OPZIONE A**

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

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

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

Esempio 1:

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

Esempio 2:

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

Bonus *Franchigia* su *Invalidità permanente***- OPZIONE B**

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti l'opzione Bonus *Franchigia* – B, la Compagnia corrisponde l'Indennità per *Invalidità permanente* da *Infortunio*, calcolandola sulla somma assicurata indicata in *Polizza* con il limite massimo di 200.000 euro, come riportato nella “Colonna Y1” della seguente tabella. Sulla restante parte della somma assicurata, l'Indennità verrà calcolata in base alle percentuali riportate nella “Colonna Y2” della seguente tabella:

Colonna Y1		Colonna Y2	
Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata con il limite massimo di 200.000 euro	Grado di Invalidità Accertata	Percentuale da liquidare sulla restante parte della somma assicurata
%	%	%	%
1	0,3	1	0
2	0,6	2	0
3	1	3	0
4	1,5	4	1
5	2	5	2
6	3	6	3
7	4	7	4
8	5	8	5
9	6	9	6
10	7	10	7
11	8	11	8
12	9	12	9
13	10	13	10
14	11	14	11
15	15	15	12
16	16	16	13
17	17	17	14
18	18	18	15
19	19	19	16
20	20	20	18
21	21	21	20

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

Esempio 3:

Caso di Invalidità permanente	
Tabella di Indennizzo sottoscritta: Tabella 1) – Franchigia 3% con supervalutazione	
Bonus Franchigia: opzione B	
Somma assicurata indicata in Polizza	300.000 euro
Grado di Invalidità Accertata	4%
Percentuale da liquidare	1,5% sulla somma assicurata corrispondente a 200.000 euro 1% sulla restante somma assicurata corrispondente a 100.000 euro
Indennizzo totale 4.000 euro (di cui 3.000 euro calcolati sulla somma assicurata corrispondente a 200.000 euro e 1.000 euro sulla restante parte della somma assicurata)	

Esempio 4:

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

Bonus Franchigia su Invalidità permanente**- OPZIONE C**

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

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

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

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

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

Tale conteggio deve essere condotto sulla presente *Polizza* e sulle eventuali *Polizze Zurich* da essa sostituite a condizione che per l'Assicurato sia stata prestata la garanzia *Invalidità permanente* e che sia stata continuativamente operante la *Condizione Particolare Bonus Franchigia*.

Esempio 5

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

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

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

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

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

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

Garanzia spese extra

1. Perdita anno scolastico

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

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

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

2. Degenza da Ricovero

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

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

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

3. Indennità aggiuntiva per estinzione del mutuo

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

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

4. Superamento barriere architettoniche abitative

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

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

5. Adeguamento autovettura

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

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

6. Ulteriori rimborsi

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

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

Sezione

Invalità permanente da Malattia

Cosa assicuriamo

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

La garanzia opera nella forma indicata in *Polizza* e in abbinamento alle tabelle di *Indennizzo* scelte tra quelle che seguono:

- Tabella di *Indennizzo* 8) *Invalità permanente da Malattia con Franchigia 22%*

oppure

- Tabella di *Indennizzo* 9) *Invalità permanente da Malattia con Franchigia 50%*

Le Tabelle di *Indennizzo* 8 e 9 di cui sopra sono indicate in *Polizza* e riportate nell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Indipendentemente dal numero di *Sinistri* e dalla forma contrattuale scelta, il totale degli *Indennizzi* non potrà mai superare, nell'annualità assicurativa, la somma assicurata indicata in *Polizza*.

FORMA A

Per ogni *Sinistro* l'*Indennizzo* si determina applicando il grado di *Invalità permanente da Malattia* accertato alla *Tabella di Indennizzo* indicata in *Polizza* a ciascun *Sinistro*. La risultante percentuale da liquidare è quindi applicata alla somma assicurata

Esempio 1:

Forma di garanzia	FORMA A
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	20%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	0%
% Invalità da liquidare	0% (nessun Indennizzo perché l'IP accertata è inferiore alla Franchigia contrattuale)

Esempio 2:

Forma di garanzia	FORMA A
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	30%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	12%
% Invalità da liquidare	12%
Importo da liquidare	12.000 euro (100.000 euro x 12%)

FORMA B

Per i primi due *Sinistri* liquidati (considerando come liquidati anche i *Sinistri* con importo di liquidazione pari a zero poiché il grado di IP accertato rientra nella *Franchigia* contrattuale) tra quelli denunciati nella medesima annualità assicurativa, l'*Indennizzo* si determina applicando alla somma assicurata la percentuale da liquidare identificata secondo le seguenti regole:

1. per il primo *Sinistro* liquidato, l'*Indennizzo* si determina applicando il grado di *Invalità Permanente da Malattia* accertato in base alla Tabella di *Indennizzo* indicata in *Polizza*. Successivamente alla liquidazione si definisce la *Franchigia* residuale come la differenza tra la *Franchigia* contrattuale ed il grado di *Invalità permanente da Malattia* accertato dal *Sinistro* stesso, così come stabilito nell'Allegato 5.

Esempio: 1° *Sinistro*

Forma di garanzia	FORMA B
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	10%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	0%
% Invalità da liquidare	0% (nessun Indennizzo perché l'IP accertata è inferiore alla franchigia contrattuale)
Franchigia residuale	12% (differenza tra 22% e 10%)

2. per il secondo Sinistro liquidato l'Indennizzo si determina come di seguito indicato:

- se il grado di **Invalidità permanente da Malattia accertato** è uguale o inferiore alla **Franchigia contrattuale** indicata in **Polizza**, la Compagnia riconosce all'Assicurato la % di **Invalidità permanente da Malattia** accertata ridotta della **Franchigia** residuale risultante dopo la liquidazione del primo Sinistro.

Esempio: 2° Sinistro con IP < alla Franchigia

Forma di garanzia	FORMA B
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	18%
Somma assicurata	100.000 euro
Franchigia residuale	12% (determinata sul 1° Sinistro – vedi esempio al punto 1)
% di IP da liquidare	6% (differenza tra 18% e 12%)
Franchigia residuale	6.000 euro (100.000 euro x 6%)

- se il grado di **Invalidità permanente da Malattia accertato** è superiore alla **Franchigia contrattuale** indicata in **Polizza**, la Compagnia riconosce all'Assicurato il grado di **Invalidità permanente da Malattia** accertato in base alla Tabella di **Indennizzo** indicata in **Polizza**, aumentata della differenza tra la **Franchigia** contrattuale indicata in **Polizza** e la **Franchigia** residuale risultante dopo la liquidazione del primo Sinistro.

Esempio: 2° Sinistro con IP > alla Franchigia

Forma di garanzia	FORMA B
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	40%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	30%
Franchigia residuale	12% (determinata sul 1° Sinistro – vedi esempio al punto 1)
Differenza tra Franchigia contrattuale e Franchigia residuale	10%
% di IP da liquidare	40% (somma tra 30% e 10%)
Importo da liquidare	40.000 euro (100.000 euro x 40%)

3. a partire dal terzo Sinistro liquidato nella medesima annualità assicurativa, l'Indennizzo si determina applicando il grado di **Invalidità Permanente da Malattia** accertato in base alla Tabella di **Indennizzo** indicata in **Polizza**.

Esempio: 3° Sinistro

Forma di garanzia	FORMA B
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	40%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	30%
% Invalidità da liquidare	30%
Importo da liquidare	30.000 euro (100.000 euro x 30%)

Esempio: 4° Sinistro

Forma di garanzia	FORMA B
Franchigia contrattuale	Franchigia 22% - TABELLA 8
Grado di IP accertato	8%
Somma assicurata	100.000 euro
% di IP da liquidare come da TABELLA 8	0%
% Invalidità da liquidare	0% (nessun Indennizzo perché l'IP accertata è inferiore alla Franchigia contrattuale)
Importo da liquidare	0 euro

Accertamento del grado di **Invalidità permanente da Malattia**

Il grado di **Invalidità permanente da Malattia** è accertato nel periodo compreso tra i 6 e i 12 mesi dalla data di denuncia della **Malattia**, sulla base delle percentuali stabilite nella Tabella di valutazione indicata in **Polizza**. L'esito della valutazione viene comunicato entro 45 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

Determinazione dell'Indennizzo

L'Indennizzo si determina sulla base dei criteri stabiliti nel precedente capitolo 'Cosa assicuriamo' – Forma A e Forma B.

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

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

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

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

Delimitazioni ed Esclusioni

Esclusioni

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

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

1. Malattie mentali, Malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
2. A.I.D.S.;
3. Malattie tropicali;
4. intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
5. trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
6. trasformazioni, dirette o indirette, o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
7. contaminazione di sostanze chimiche o biologiche, allo stato solido, liquido o gassoso, che risultino nocive, tossiche o inquinanti, se provocate da atto terroristico o Cyberterrorismo, da guerre dichiarate o non dichiarate e da insurrezioni;
8. Malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della Polizza, non dichiarati con dolo o colpa grave sul Questionario anamnestico che è parte integrante della presente Polizza.

Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

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

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

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

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

Criteri di indennizzabilità per le garanzie della Sezione Infortuni

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

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

Obblighi dell'Assicurato in caso di Infortunio

Il Sinistro Infortuni deve essere denunciato dal Contraente o dall'Assicurato o dagli eredi o aventi diritto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure dal momento in cui l'Assicurato o i suoi eredi o aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, e comunque non oltre 1 anno dalla data di cessazione della Polizza.

La denuncia del Sinistro deve essere sottoscritta e consegnata all'Intermediario assicurativo a cui è assegnata la Polizza o alla Compagnia e deve contenere la descrizione dell'Infortunio, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento. Alla denuncia deve essere allegato il certificato medico con prognosi circa la ripresa, anche parziale, dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni dell'Assicurato. Successivamente, deve essere documentato il decorso dell'Infortunio con eventuali ulteriori certificati medici e dovrà altresì essere inviato il relativo certificato di guarigione clinica attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti.

Si precisa che l'Assicurato deve rilasciare eventuale documentazione relativa a inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o già conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti relativa alle circostanze del Sinistro.

In caso di ingiustificato ritardo della Denuncia, la Compagnia riconosce l'indennità giornaliera da Inabilità temporanea, qualora

oggetto di copertura, a partire dal giorno successivo a quello dell'inoltro della denuncia stessa.

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

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

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

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

- documentazione medica con cartella clinica in caso vi sia stato *Ricovero*;
- certificato di morte;
- certificato di famiglia relativo all'*Assicurato*;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- in caso vi siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli aventi causa, decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la *Compagnia* circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento della modalità di *Sinistro* nonché per la corretta identificazione degli eredi o aventi diritto.
- Certificato di non gravidanza della vedova (se in età fertile);
- Copia dei verbali delle Autorità, ove intervenute;
- Patente di guida, se l'evento è avvenuto alla guida di veicoli;
- dichiarazione di non intervenuto provvedimento di separazione / sentenza di divorzio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ai fini dell'attivazione della garanzia *Invalidità permanente da Malattia* ogni qualvolta all'*Assicurato* venga formulata una diagnosi di *Malattia* lo stesso è tenuto, nel termine massimo di sei mesi dalla diagnosi stessa, ad acquisire parere medico circa l'eventuale *Invalidità permanente* dalla stessa derivata.

Qualora dal parere risulti che la *Malattia* possa comportare un qualsiasi tipo di *Invalidità permanente* il *Contraente*/l'*Assicurato* deve farne immediatamente denuncia alla *Compagnia*.

L'*Assicurato* dovrà procedere ad effettuare la denuncia per ogni singola patologia diagnosticata e recante postumi invalidanti da accertare.

Occorre inoltre:

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

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

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

Procedura per la valutazione del danno

Le conseguenze invalidanti del *Sinistro* sono concordate con le seguenti modalità:

- a. direttamente dalla *Compagnia* o persona da questa incaricata, con l'*Assicurato* o persona da lui designata; oppure
- b. su richiesta di una delle Parti, tra due Medici nominati rispettivamente uno dalla *Compagnia* e uno dall'*Assicurato*, con apposito atto unico.

Ciascun Medico ha facoltà di farsi assistere e affiancare da altri Medici specialisti, che potranno intervenire nelle operazioni peritali senza avere alcun potere decisionale.

In caso di inattività di una delle Parti quella più diligente, decorsi 20 giorni dalla comunicazione di richiesta di nomina, farà istanza al Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici per la nomina del Medico di parte.

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

In caso di disaccordo sulle conseguenze invalidanti del *Sinistro* o su richiesta di uno dei Medici:

- entro 30 giorni dalla relativa verbalizzazione i due Medici devono nominarne un terzo scelto tra una terna di nominativi proponibile da entrambe le parti;
- qualora non ci sia accordo verbalizzato su alcuno dei nominativi proposti, la parte più diligente proporrà, entro 30 giorni dalla data di detto verbale altri nominativi;
- se il mancato accordo permane, viene verbalizzato e, entro 20 giorni, la parte più diligente chiederà al Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici, con apposita istanza, la nomina del terzo Medico.

Le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza dal Collegio dei Medici.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Medico ed eventuali specialisti incaricati, oltre che il 50% delle spese del terzo Medico.

Pagamento dell'Indennizzo

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

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

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

Pagamento della rendita vitalizia

Le rate di rendita vitalizia saranno erogate da Zurich Investments Life S.p.A con cadenza mensile per l'importo stabilito in *Polizza*.

L'importo delle rate rimarrà costante nel tempo e non sarà oggetto di rivalutazione finanziaria.

La rendita vitalizia è di carattere personale, non trasmissibile agli eredi e non consente il riscatto.

Il decesso dell'Assicurato determina l'interruzione dell'erogazione della rendita.

Attività diverse da quella dichiarata

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

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

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

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

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

In caso di attività eventualmente non specificate all'interno della stessa classificazione saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Premesso che la *Compagnia* non avrebbe acconsentito a prestare l'*Assicurazione* se fosse stata a conoscenza del cambiamento di *Attività professionale*, non sarà corrisposto alcun *Indennizzo* qualora l'attività svolta dall'Assicurato al momento dell'*Infortunio* rientri nel seguente elenco:

- atleta sportivo professionista;
- pilota o collaudatore di veicoli a motore, natanti a motore, aeromobili;
- sub professionista, sommozzatore, palombaro;
- minatore, professionista a contatto con radioisotopi o esplosivi;
- militare di corpi armati dello Stato, agente di Polizia, guardia giurata;
- guida alpina o speleologica, istruttore di alpinismo;
- stuntman, controfigura, circense.

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

Rinuncia al diritto di rivalsa

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

Prescrizione

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

Sezione

Assistenza Infortuni

Cosa Assicuriamo

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

FORMA BASE

1. Consulenza medica

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

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

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

3. Trasporto in autoambulanza in Italia

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

4. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

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

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

5. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

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

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

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

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

6. Rientro sanitario

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

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

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

Non danno luogo alla Prestazione:

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

7. Rientro anticipato

Qualora l'*Assicurato* si trovi in viaggio, ed a seguito di *Infortunio*, debba rientrare immediatamente alla propria abitazione, la *Struttura Organizzativa* fornisce all'*Assicurato* stesso un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di sola andata, tenendo la *Compagnia* a proprio carico le relative spese, **fino ad un massimo complessivo di 200 euro per Sinistro**.

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

8. Viaggio di un familiare

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

9. Rimpatrio salma

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

10. Invio di un infermiere al domicilio

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

11. Invio Collaboratrice familiare

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

12. Consegna spesa al domicilio

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

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'*Assicurato*.

13. Rientro con un familiare

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

14. Accompagnamento di minori

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

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

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

15. Anticipo spese mediche

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

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

La *Prestazione* non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della *Struttura Organizzativa*;
 - se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
 - se l'Assicurato non è in grado di fornire alla *Struttura Organizzativa* garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.
- Al rientro l'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'Assicurato è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente.

16. Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi in viaggio ed a seguito di *Infortunio*, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo, ed eventualmente i passeggeri, fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La *Compagnia* tiene a proprio carico l'onorario dell'autista **fino ad un massimale di 500 euro**, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

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

17. Prolungamento del soggiorno

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

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

18. Interprete a disposizione

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

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

FORMA TOP

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

1. Assistenza psicologica telefonica

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

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

2. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

2.1. Ospedalizzazione domiciliare

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

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

I costi sono a carico della *Compagnia*.

2.2. Servizi Sanitari

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

2.3. Servizi non Sanitari

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

Delimitazioni ed esclusioni

Delimitazioni

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

Esclusioni

Sono escluse le *Prestazioni* dovute o conseguenti a:

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

Effetti giuridici delle *Prestazioni*

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

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

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

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

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

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

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

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

Allegato 1)

Tabelle di valutazione medico-legale

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

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

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

Allegato 2)

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

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

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

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

Franchigia attività sportive

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

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

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

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

Franchigia attività sportive

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

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

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

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

Franchigia attività sportive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Allegato 3)

Classificazione delle *Attività professionali*

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

Classe professionale 1^a

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

Classe professionale 2^a

Attività professionale

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

Classe professionale 3^a

Attività professionale

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

Classe professionale 4^a

Attività professionale

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

Allegato 4)

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

Infortuni

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

Malattia

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

Allegato 5)

Franchigia residuale - garanzia Invalidità permanente da Malattia

Si definisce *Franchigia residuale* la differenza tra la *Franchigia contrattuale* ed il grado di *Invalidità permanente da Malattia* accertato.

Di seguito una rappresentazione grafica del calcolo sopra esposto in abbinamento alle Tabelle 8 e 9.

In abbinamento alla Tabella Indennizzo 8 - con Franchigia contrattuale al 22%:

Franchigia Contrattuale	Grado di Invalidità accertato sul 1° Sinistro	Franchigia Residuale	Franchigia Contrattuale	Grado di Invalidità accertato sul 1° Sinistro	Franchigia Residuale
22	1	21	22	13	9
22	2	20	22	14	8
22	3	19	22	15	7
22	4	18	22	16	6
22	5	17	22	17	5
22	6	16	22	18	4
22	7	15	22	19	3
22	8	14	22	20	2
22	9	13	22	21	1
22	10	12	22	22	0
22	11	11	22	23 e oltre	0
22	12	10	22		

In abbinamento alla Tabella Indennizzo 9 - con Franchigia contrattuale al 50%:

Franchigia Contrattuale	Grado di Invalidità accertato sul 1° Sinistro	Franchigia Residuale	Franchigia Contrattuale	Grado di Invalidità accertato sul 1° Sinistro	Franchigia Residuale	Franchigia Contrattuale	Grado di Invalidità accertato sul 1° Sinistro	Franchigia Residuale
50	1	49	50	23	27	50	45	5
50	2	48	50	24	26	50	46	4
50	3	47	50	25	25	50	47	3
50	4	46	50	26	24	50	48	2
50	5	45	50	27	23	50	49	1
50	6	44	50	28	22	50	50	0
50	7	43	50	29	21	50	50 e oltre	0
50	8	42	50	30	20			
50	9	41	50	31	19			
50	10	40	50	32	18			
50	11	39	50	33	17			
50	12	38	50	34	16			
50	13	37	50	35	15			
50	14	36	50	36	14			
50	15	35	50	37	13			
50	16	34	50	38	12			
50	17	33	50	39	11			
50	18	32	50	40	10			
50	19	31	50	41	9			
50	20	30	50	42	8			
50	21	29	50	43	7			
50	22	28	50	44	6			

Allegato 6)

Articoli del Codice Civile richiamati nelle Condizioni di Assicurazione

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

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

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

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

1. Se l'*Assicurazione* è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il *Contraente* deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*.
2. I diritti derivanti dal contratto spettano all'*Assicurato*, e il *Contraente*, anche se in possesso della *Polizza*, non può farli valere senza espresso consenso dell'*Assicurato* medesimo.
3. All'*Assicurato* sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al *Contraente* in dipendenza del contratto.
4. Per il rimborso dei *Premi* pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il *Contraente* ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

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

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

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

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

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

Art. 1897 - Diminuzione del *Rischio*

1. Se il *Contraente* comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del *Rischio* tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un *Premio* minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del *Premio* o della rata di *Premio* successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor *Premio*, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.
2. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del *Rischio*

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

Art. 1901 - Mancato pagamento del *Premio*

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

Art. 1910 - *Assicurazione* presso diversi assicuratori

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

Data ultimo aggiornamento: 01 Gennaio 2023

Gentile cliente,

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

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

Zurich Fortuna 2.0

Denuncia *Sinistro*



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

Intermediario: Spett.le _____ Sig. _____

Fax: _____

CONTRAENTE _____

N° POLIZZA _____

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

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____ Fax _____ E-Mail _____

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

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

TESTIMONI: GENERALITÀ COMPLETE - INDIRIZZO - PROFESSIONE

Autorità intervenute: _____

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

☐ NO

Denuncio eventuali precedenti *Infortuni*:

Io Sottoscritto dichiaro che:

☐ non esistono a mio nome altre *Polizze Infortuni*;

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

COMPAGNIA ASSICURATRICE

N° POLIZZA

Firma dell'Assicurato

Data compilazione modulo _____

P.9133.CGA - ED. 05.2023 - R. 01/24 - PAG. 48 di 48



Zurich Insurance Europe AG (già Zurich Insurance Plc)

Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania
Registro del Tribunale di Francoforte HRB 300000 - Sottoposta alla vigilanza di
BaFin, Autorità Federale di Supervisione 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.europe@pec.zurich.it - www.zurich.it

P.9133.SET INFORMATIVO - ed. 05.2023 - R. 01/24

