

# Zurich Daily

Contratto di Assicurazione Malattia  
per la copertura  
Diaria da Ricovero.

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

# Indice

Nota Informativa	pag.	1 di 4
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	pag.	1 di 4
B. Informazioni sul contratto	pag.	1 di 4
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	pag.	2 di 4
Glossario	pag.	1 di 1
Condizioni di Assicurazione	pag.	1 di 3
Condizioni Generali	pag.	1 di 3
Diaria da Ricovero	pag.	1 di 3
• Cosa e come Assicuriamo	pag.	1 di 3
• Esclusioni e limiti	pag.	2 di 3
• Cosa fare in caso di Sinistro	pag.	2 di 3

# Nota informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

## A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

### 1. Informazioni generali

Il presente contratto viene stipulato con

ZURICH INSURANCE plc  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
Sede: via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano, Italia  
Telefono n. 02.59660070 - Telefax n. 02.26622768  
Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it  
Sito internet: www.zurich.it  
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

Zurich Insurance plc, è una società facente parte del Gruppo Zurich Financial Services, ha la propria sede legale in Zurich House, Ballsbridge Park 4, Dublino, Irlanda ed è sottoposta all'Autorità di Vigilanza irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari (CBI) ed è soggetta ad una limitata attività di regolamentazione e vigilanza da parte dell'Istituto di Vigilanza Assicurazioni (IVASS).

Zurich Insurance plc, svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento ai sensi della Direttiva 92/49/EEC del 18 giugno 1992 concernente l'Assicurazione diretta diversa dall'Assicurazione sulla Vita, attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia.

Zurich Insurance plc è iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) dal 3/1/08 al n. I.00066.

### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.512 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.504 milioni di euro. L'indice di solvibilità di Zurich Insurance Plc, ovvero il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente riferito alla gestione di tutti i rami danni, è del 263,1%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i principi contabili irlandesi (Irish GAAP) e la normativa regolamentare vigente in Irlanda.

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.zurich.it](http://www.zurich.it). Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: [informazioni@zurich.it](mailto:informazioni@zurich.it).

## B. Informazioni sul contratto

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo.

### AVVERTENZA:

In mancanza di disdetta data da una delle parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno e così successivamente.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 4 "Proroga dell'Assicurazione e Periodo di assicurazione" delle Condizioni Generali.

### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura assicurativa offerta dal contratto è:

- Diaria da Ricovero.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al capitolo "Cosa e come Assicuriamo" della sezione "Diaria da Ricovero" nelle Condizioni di Assicurazione.

### AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni ed esclusioni come disciplinato nel capitolo "Esclusioni e limiti" delle Condizioni di Assicurazione.

### AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo come disciplinato nell'articolo 2 "Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia" delle Condizioni Generali.

### AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono la presenza di limiti massimi di età assicurabile come disciplinato al paragrafo "Limiti di età" riportato nel capitolo "Esclusioni e limiti" delle Condizioni di Assicurazione.

### AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale/Diaria Assicurata prescelto dall'Assicurato ed indicato in Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda alla descrizione puntuale di "Cosa e come Assicuriamo" riportato nella sezione "Diaria da Ricovero" delle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitare al Contraente ed all'Assicurato la comprensione dei meccanismi di applicazione di scoperti, franchigie e limiti di Indennizzo si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1: Prestazione in caso di Ricovero in Day Hospital (senza pernottamento):

Massimale/ Diaria Assicurata:	100 euro
Ricovero in Day Hospital:	limitazione al 50% della diaria assicurata
Indennizzo:	50 euro

#### 4. Periodi di Carenza contrattuali

##### AVVERTENZA:

Le Condizioni di Assicurazione prevedono precisi periodi di Carenza, disciplinati al paragrafo "Periodo di Carenza" riportato nel capitolo "Esclusioni e limiti" delle Condizioni di Assicurazione, cui si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

#### 5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Questionario anamnestico - Nullità

##### AVVERTENZA:

Non è richiesta compilazione di Questionario anamnestico sullo stato di salute dell'Assicurato; sono comunque escluse dalla garanzia le conseguenze dirette di Infortuni e Malattie accaduti precedentemente alla stipula della Polizza. Sono altresì escluse dalla garanzia le Malattie mentali e disturbi psichici in genere, cure per A.I.D.S. e sieropositività HIV, interruzione di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche.

Per un elenco completo delle esclusioni si rimanda al paragrafo "Esclusioni" riportato nel capitolo "Esclusioni e limiti" delle Condizioni di Assicurazione.

##### AVVERTENZA:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del Rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto alle prestazioni del contratto, nonché, in caso di dolo o colpa grave, la cessazione dell'Assicurazione stessa.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" delle Condizioni Generali.

Il contratto non prevede particolari casi di nullità se non quelli previsti dalla Legge.

#### 6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni nella professione.

L'aggravamento o la diminuzione del Rischio verificatisi dopo la stipula della polizza non sono rilevanti per questa Assicurazione.

#### 7. Premi

Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del Premio, con possibilità per il Contraente di richiedere, senza oneri aggiuntivi, un frazionamento semestrale.

#### Modalità di pagamento del premio

Gli Intermediari Assicurativi possono ricevere dal Contraente esclusivamente i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Compagnia di Assicurazione oppure all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Compagnia di Assicurazione o all'Intermediario Assicurativo, espressamente in tale qualità;

- carte di debito (bancomat o carte prepagate);
- carta di credito, se disponibile presso l'Intermediario Assicurativo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui.

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.

##### AVVERTENZA:

Il Premio può essere oggetto di sconti qualora il Contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali la Compagnia applica tariffe agevolate (convenzioni) oppure per effetto di scontistiche concesse dalla Compagnia all'Intermediario assicurativo e da questo gestite autonomamente.

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in polizza. A fronte di tale sconto, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale.

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, a fronte della concessione dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in Polizza.

#### 8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede ipotesi di adeguamento del Premio.

#### 9. Diritto di recesso

##### AVVERTENZA:

Il contratto non prevede alcun diritto di recesso.

#### 10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Articolo 2952, secondo comma, del Codice Civile, i diritti derivanti dal contratto (diversi dal diritto al pagamento delle rate di Premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### 11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto e regolato dalla Legge Italiana.

#### 12. Regime fiscale

L'aliquota di imposta applicata alla garanzia "Diaria da Ricovero" è pari al 2,50%.

### C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

#### 13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

##### AVVERTENZA:

Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono

dare avviso del Sinistro alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto entro 5 giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato oppure da quello in cui ne hanno avuto conoscenza, o comunque non appena ne abbiano la possibilità.

La denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario assicurativo secondo le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione. La Denuncia è diretta all'acquisizione tempestiva, oggettiva e completa, dell'evento, che colpisce la garanzia Malattia e delle sue conseguenze.

Per gli aspetti di dettaglio in merito alle procedure liquidative, si rimanda al capitolo "Cosa fare in caso di Sinistro" delle Condizioni di Assicurazione.

#### 14. Assistenza diretta – Convenzioni.

Non è ammessa alcuna forma di assistenza diretta.

#### 15. Reclami

Eventuali Reclami possono essere presentati alla Compagnia, all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) secondo le disposizioni che seguono:

##### - Alla Compagnia

Vanno indirizzati i Reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto o dei sinistri.

I Reclami devono contenere i seguenti elementi: nome, cognome e domicilio del Reclamante, denominazione della Compagnia, dell'Intermediario Assicurativo o dei soggetti di cui si lamenta l'operato, breve descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

La Compagnia ricevuto il Reclamo deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento dello stesso, all'indirizzo fornito dal Reclamante.

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

- 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](mailto:reclami@zurich.it)  
Sito internet:  
<http://www.zurich.it/services/segnalazioni-e-reclami.htm>
- o tramite il sito internet della Compagnia [www.zurich.it](http://www.zurich.it) dove, nell'apposita sezione dedicata ai Reclami, è predisposto un apposito modulo per l'inoltro dello stesso alla Compagnia.

##### - All'IVASS

Vanno indirizzati i Reclami:

- aventi ad oggetto l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni Private, delle re-

lative norme di attuazione e del Codice del Consumo (relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore), da parte delle imprese di Assicurazione e di Riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

- nei casi in cui l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo inoltrato alla Compagnia o in caso di assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine di 45 giorni.

I Reclami indirizzati ad IVASS devono contenere i seguenti elementi:

- nome, cognome domicilio del Reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- denominazione della Compagnia, dell'intermediario o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela;
- copia del Reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa, rispettivamente nell'ipotesi di mancata risposta nel termine di 45 giorni e nell'ipotesi di risposta ritenuta non soddisfacente;
- ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la presentazione del Reclamo ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza ([www.ivass.it](http://www.ivass.it)) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia [www.zurich.it](http://www.zurich.it). La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it).

I Reclami devono essere inviati per iscritto a:

##### I.V.A.S.S.

**Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni,  
Servizio Tutela degli Utenti,  
Via del Quirinale 21, 00187 Roma  
Fax numero: 06/421.33.745/353**

Ulteriori informazioni sulla presentazione e gestione dei Reclami sono contenute nel Regolamento ISVAP n. 24/2008, che l'Assicurato può consultare sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net) - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo da parte della Compagnia, prima di interessare l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà rivolgersi o all'IVASS, come sopra delineato, oppure potrà avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali:

- la mediazione civile, disciplinata dal D. Lgs. 28/2010 e s.m.i., quale 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) attraverso la presentazione di una istanza all'Organismo di mediazione scelto liberamente dalla parte

- tra quelli territorialmente competenti. Tale Organismo provvede a designare un mediatore ed a fissare il primo incontro tra le parti, le quali vi partecipano con l'assistenza di un avvocato;
- l'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia;
  - la convenzione di negoziazione assistita, istituita dal D.L. 132/2014, quale condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa od a una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti 50.000 euro (salvo che, in relazione quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria). Tale meccanismo si instaura tramite invito, di una parte all'altra, a stipulare un accordo con il quale ci si impegna a cooperare lealmente per risolvere la controversia con l'assistenza dei rispettivi avvocati.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria

## 16. Arbitrato

### AVVERTENZA:

Nel caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, è facoltà delle Parti ricorrere ad un Collegio Arbitrale, composto da tre soggetti, uno dei quali di nomina dell'Assicurato.

Il Collegio avrà sede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio eletto dall'Assicurato.

**Rimane comunque ferma la possibilità di rivolgersi all'Autorità giudiziaria.**

## 17. Accesso all'Area Clienti Riservata

Sul sito [www.zurich.it](http://www.zurich.it) è disponibile l'Area Clienti Riservata dove il Contraente può consultare le proprie coperture assicurative in essere.

A garanzia di una consultazione sicura, è necessario richiedere le credenziali d'accesso tramite registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti Zurich sul sito [www.zurich.it](http://www.zurich.it) e seguire le istruzioni. In caso di problemi di accesso al proprio spazio riservato o di dubbi in merito alla consultazione, è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo: [areaclienti@it.zurich.com](mailto:areaclienti@it.zurich.com).

*Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia - è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.*

Il Rappresentante legale  
Dott. Camillo Candia



# Glossario

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

**Assicurazione** - il contratto di Assicurazione.

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

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

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

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

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

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

**Intermediario assicurativo** – la persona fisica o la Società iscritta nel registro unico degli intermediari Assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del d.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

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

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

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

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

**Premio** - la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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

**Reclamo** - Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di assicurazione relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto

**Ricovero** - la degenza presso un Istituto di Cura autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che comporti almeno un pernottamento.

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

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

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

# Condizioni di Assicurazione

## Condizioni Generali

### Articolo 1

#### Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

### Articolo 2

#### Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui è effettuato il pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed è **interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.**

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

### Articolo 3

#### Modifiche dell'Assicurazione

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

### Articolo 4

#### Proroga dell'Assicurazione e periodo di Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad 1 anno è prorogata di 1 anno e così successivamente.

### Articolo 5

#### Oneri fiscali

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

### Articolo 6

#### Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge

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

### Articolo 7

#### Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall' art. 1891 del Codice Civile.

### Articolo 8

#### Validità Territoriale

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

### Articolo 9

#### Altre assicurazioni

Il Contraente deve dare avviso scritto alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. In caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. Qualora il Contraente ometta dolosamente di dare le comunicazioni di cui sopra, la Compagnia non sarà tenuta a corrispondere l'Indennizzo.

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

### Articolo 10

#### Rinuncia alla rivalsa

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

### Articolo 11

#### Foro competente

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

### Articolo 12

#### Rinvio alle norme di legge

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

## Diaria da Ricovero

### Cosa e come Assicuriamo

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



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

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

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

#### Day Hospital

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

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

## Esclusioni e limiti

### Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

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

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

### Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie

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

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

### Limiti di età

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

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

### Periodo di Carenza

La garanzia decorre:

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

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

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

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

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

## Cosa fare in caso di Sinistro

### Come si denuncia il Sinistro

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

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

#### **Come avviene l'Indennizzo**

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

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

#### **Norme generali relative all'Indennizzo**

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

#### **Controversie – arbitrato irrituale**

La soluzione di eventuali controversie di tipo medico sulla

natura o sulle conseguenze delle lesioni o sulla natura e origine della Malattia, può essere rimessa per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo in cui deve riunirsi il Collegio dei Medici.

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

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

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

I risultati delle controversie devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

**Zurich Insurance plc**

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603 - Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) al n. I.00066 in data 3/1/08 - C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

Indirizzo PEC: Zurich.Insurance.Plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

