

Zurich Tutti Protetti Key man

Contratto di Assicurazione Morte ed
Invalidità Permanente derivante da Infortunio ed
Invalidità Permanente derivante da Malattia
Rimborso Spese Mediche.

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

- A. Informazioni sull'impresa di assicurazione
- B. Informazioni sul contratto
- C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

Glossario

Condizioni di Assicurazione

Condizioni generali

Sezione 1 - Infortuni

Sezione 2 - Invalidità Permanente da Malattia

Sezione 3 - Rimborso spese mediche

Riepilogo garanzie e somme assicurate

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto da 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.

Gli eventuali aggiornamenti delle informazioni contenute nel Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.zurich.it].

Ai sensi dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", e dell'articolo 31 del Regolamento IVASS n. 35 del 26 maggio 2010, si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato **sulle clausole evidenziate in grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato.

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.Pl@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 2.346 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.338 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 131,7% 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)..

Si precisa inoltre che le modifiche del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.zurich.it. Per informazioni rivolgersi all'intermediario assicurativo cui è assegnata la polizza oppure scrivere all'indirizzo di posta elettronica: 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 A/R 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 7 delle Condizioni Generali d'Assicurazione "Proroga dell'Assicurazione e periodo d'assicurazione".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture assicurative offerte dal contratto sono:

- Infortuni
- Invalidità Permanente da Malattia
- Rimborso Spese Mediche

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alle relative sezioni contenute nelle Condizioni d'Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le Condizioni Generali di Assicurazione prevedono la presenza di limitazioni, esclusioni e sospensioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo, come disciplinato all'interno di ogni singola sezione e precisamente ai paragrafi:

Condizioni generali:

- Articolo 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio";
- Articolo 2 "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia";
- Articolo 4 "Aggravamento del Rischio";
- Articolo 13 "Altre assicurazioni"

Sezione 1 Infortuni:

- Articolo 1 "Oggetto dell'Assicurazione";
- Articolo 2 "Caso Morte";
- Articolo 3 "Caso Invalidità Permanente";
- Articolo 4 "Massimo catastrofale";
- Articolo 5 "Ernie traumatiche";
- Articolo 6 "Rottura sottocutanea dei tendini";
- Articolo 8 "Malattie tropicali – Malaria";
- Articolo 9 "Rischio guerra";
- Articolo 10 "Menomazioni estetiche";
- Articolo 14 "Esclusioni";
- Articolo 15 "Persone non assicurabili";
- Articolo 16 "Limiti di età – Cessazione delle garanzie";
- Articolo 17 "Obblighi in caso di sinistro";
- Articolo 18 "Criteri di indennizzabilità".

Sezione 2: Invalidità Permanente da Malattia:

- Articolo 1 "Oggetto dell'assicurazione";
- Articolo 2 "Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa";
- Articolo 4 "Esclusioni";
- Articolo 5 "Limiti di età – Cessazione delle garanzie";
- Articolo 6 "Denuncia dell'Invalidità ed obblighi relativi";
- Articolo 7 "Criteri di indennizzabilità".

Sezione 3: Rimborso spese mediche:

- Articolo 1 "Prestazioni";
- Articolo 2 "Spese per il rimopatrio della salma";
- Articolo 3 "Indennità sostitutiva";
- Articolo 4 "Rischio guerra";
- Articolo 5 "Eventi naturali all'estero";
- Articolo 6 "Forma integrativa";
- Articolo 7 "Termini di aspettativa";
- Articolo 8 "Esclusioni";
- Articolo 9 "Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie";
- Articolo 10 "Limite di età"

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda ai predetti articoli delle Condizioni Generali d'Assicurazione.

AVVERTENZA:

Le garanzie sottoscritte si intendono prestate sino alla concorrenza del Massimale prescelto dal Contraente ed indicato in Polizza.

Le prestazioni offerte alla Sezione 1 – "Infortuni" sono assoggettate a regime di Franchigia di cui all'Articolo 3.

La Sezione 2 – "Invalidità Permanente da Malattia", prevede uno schema di corrispondenza tra grado d'Invalidità accertata e percentuale da liquidare all'art. 3 "Liquidazione dell'Indennizzo" al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio,

La Sezione 3 "Rimborso spese mediche" prevede all'Articolo 1 "Prestazioni" l'applicazione di scoperti e franchigie.

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

Per la Sezione 1 Infortuni:

Esempio 1:

| | |
|---|-----------------|
| Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: | 100.000,00 euro |
| Invalidità Permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata) | 2% |
| Indennizzo: | 0,00 euro |

Esempio 2:

| | |
|---|-----------------|
| Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: | 300.000,00 euro |
| Invalidità Permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata) | 5% |
| Indennizzo: | 6.000,00 euro |

Esempio 3:

| | |
|---|-----------------|
| Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente: | 100.000,00 euro |
| Invalidità Permanente riconosciuta (Franchigia: come sopra indicata) | 22% |
| Indennizzo: | 22.000,00 euro |

Per la Sezione 2 Invalidità permanente da malattia:

Esempio 4:

| | |
|---|-----------------|
| Massimale Assicurato caso Invalidità Permanente da Malattia | 100.000,00 euro |
| Grado di Invalidità Permanente riconosciuta | 27% |
| Tabella di corrispondenza tra grado di Invalidità accertata e percentuale da liquidare 27% = 4% | |
| Indennizzo: | 4.000,00 euro |

Per la Sezione 3 Rimborso spese mediche:

Esempio 5:

| | |
|--|-----------------|
| Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale | |
| Massimale: | 500.000,00 euro |
| Ammontare delle spese: | 10.000,00 euro |
| Franchigia: | 750,00 euro |
| Indennizzo: | 9.250,00 euro |

Esempio 6:

| | |
|--|-----------------|
| Prestazione soggetta all'applicazione della Franchigia in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale | |
| Massimale: | 500.000,00 euro |
| Ammontare delle spese: | 600.000,00 euro |
| Franchigia: | 750,00 euro |
| Indennizzo: | 500.000,00 euro |

Esempio 7:

| | |
|--|----------------|
| Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese inferiore al Massimale | |
| Massimale: | 10.000,00 euro |
| Ammontare delle spese: | 8.000,00 euro |
| Scoperto: 20% | 1.600,00 euro |
| Indennizzo: | 6.400,00 euro |

Esempio 8:

| | |
|--|----------------|
| Prestazione soggetta all'applicazione dello Scoperto in caso di ammontare delle spese superiore al Massimale | |
| Massimale: | 10.000,00 euro |
| Ammontare delle spese: | 20.000,00 euro |
| Scoperto: 20% | 4.000,00 euro |
| Indennizzo: | 10.000,00 euro |

Esempio 9:

| | |
|--|----------------|
| Prestazione soggetta all'applicazione concomitante di Franchigia e Scoperto | |
| Massimale: | 10.000,00 euro |
| Ammontare delle spese: | 7.000,00 euro |
| Scoperto: 20% | 1.400,00 euro |
| Franchigia: | 100,00 euro |
| Indennizzo = Ammontare del danno – il più elevato tra Scoperto o Franchigia: | 5.600,00 euro |
| (il 20% di scoperto è superiore alla franchigia di 100,00 euro) | |

AVVERTENZA:

L'Articolo.16 "Limiti di età – Cessazione delle Garanzie" della Sezione 1 – Infortuni e l'Articolo 5 "Limiti di età – Cessazione delle Garanzie" della Sezione 2 - Invalidità Permanente da Malattia" **prevedono un limite masso di età assicurabile.**

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli articoli delle relative sezioni.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA:

L'Articolo 5 "Ernie traumatiche" della Sezione 1 Infortuni, l'Articolo 2 "Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa" della Sezione 2 Invalidità Permanente Malattia e l'Articolo 7 della Sezione 3 Rimborso Spese Mediche prevedono dei periodi di Carenza.

Per gli aspetti di dettaglio si rimanda agli articoli delle relative sezioni.

5. Dichiarazione dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio – Questionario anamnestico - Nullità

AVVERTENZA:

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto ed in sede di compilazione del Questionario anamnestico possono comportare effetti sulla prestazione.

L'Articolo 1 delle Condizioni Generali di Assicurazione "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" prevede che "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."

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

AVVERTENZA:

L'Articolo 4 delle Condizioni di Assicurazione "Aggravamento del Rischio" prevede che "L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio mediante raccomandata con ricevuta di ritorno. In tal caso, la Compagnia ha il diritto di recedere, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile "Aggravamento del rischio" dal contratto, oppure di proporre differenti condizioni di assunzione del rischio. **La mancata comunicazione alla Compagnia degli aggravamenti di Rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo."**

L'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione "Diminuzione del Rischio" prevede che "Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio successivo alla comunicazione dell'Assicurato/Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile "Diminuzione del rischio" e rinuncia al relativo diritto di recesso"

La Polizza è rivolta principalmente a categorie di lavoratori dipendenti ed è possibile che una modifica del regime produttivo dell'azienda possa comportare differenti modalità lavorative, più o meno rischiose che possano incidere sul rischio assicurato e conseguentemente sul Premio di Polizza.

7. Premi

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

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) o carta di credito, salvo non vi sia l'oggettiva impossibilità tecnica all'utilizzo;
- denaro contante per un importo massimo di 750 euro annui per ciascun contratto.

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.

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamento delle somme assicurate e il Premio non è indicizzato.

9. Diritto di recesso

L'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione "Recesso in caso di Sinistro" prevede che **dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, il Contraente e/o la Compagnia possono recedere dall'Assicurazione, con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. Qualora il Contraente abbia acquistato la Polizza in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, la Compagnia rimborsa, entro i 15 giorni successivi alla data di efficacia del recesso, la parte di Premio imponibile relativa al Periodo di assicurazione non goduto.**

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto alla Legge Italiana.

12. Regime fiscale

Le aliquote di imposta applicate alle garanzie previste dalla presente Polizza sono pari al 2,50% e sono a carico del Contraente.

C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Sezione uno e due – Infortuni ed Invalidità Permanente da Malattia

AVVERTENZA:

La data di insorgenza del Sinistro è quella in cui si è verificato l'Infortunio. Per la garanzia Indennizzo in caso di morte da Infortunio è la data del decesso; per la garanzia Rimborso spese da ricovero a seguito d'Infortunio è la data del Ricovero.

L'Art. 17 "Obblighi in caso di Sinistro" prevede che **la denuncia dell'Infortunio con l'indicazione delle cause che lo determinarono corredata di certificato medico, deve essere fatta per iscritto alla Sede della Compagnia o all'Intermediario Assicurativo al quale è assegnata la Polizza, entro cinque giorni dall'Infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità e comunque non oltre due anni dalla data di cessazione della Polizza.**

Sempre lo stesso articolo, al comma 3, prevede che **l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, dove richiesta, della copia della cartella clinica. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.**

L'Art. 20 "Pagamento dell'Indennizzo" regola le modalità necessarie per la liquidazione del danno e prevedono che **ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'Indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, come previsto dall'Art. 36 "Controversie" , provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.**

L'Art. 6 "Denuncia dell'Invalidità e obblighi relativi" per la Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia prevede che **l'Assicurato deve sottoporsi in Italia, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle**

cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

L'Art. 9 "Pagamento dell'Indennizzo" per la Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia, regolano le modalità necessarie per la liquidazione del danno e prevedono che **ricevuta la necessaria documentazione (cartelle cliniche, esami specialistici, certificazione medica, ricevute o fatture di pagamento in originale), espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'Indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, come previsto dall'Art. 8 "Controversie", provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto dei Medici.**

L'Art. 3 "Liquidazione dell'Indennizzo" per l'Assicurazione complementare Invalidità Permanente da Malattia prevede che **il grado di Invalidità Permanente venga accertato in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia della Malattia.**

Sezione tre – Rimborso spese mediche

AVVERTENZA:

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

Come previsto all'Art. 11 "Oneri in caso di sinistro", 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 non appena ne abbiano la possibilità.

La Denuncia di Sinistro deve essere fatta per iscritto alla sede della Compagnia o all'Intermediario Assicurativo, oppure al Network esterno incaricato dalla Compagnia a gestire i sinistri, 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.

La Compagnia può svolgere i propri accertamenti od indagini. Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Assistenza diretta - Convenzioni

AVVERTENZA:

L'Assicurato, qualora l'opzione assicurativa prescelta lo preveda, può decidere di avvalersi di centri e medici convenzionati; in questo caso il pagamento delle prestazioni viene effettuato direttamente dalla Compagnia, restando a carico dell'Assicurato le sole Franchigie e Scoperti eventualmente previsti nelle Condizioni di Assicurazione e/o in Polizza. Diversamente, qualora l'Assicurato dovesse optare per centri e/o medici non convenzionati, il pagamento delle prestazioni verrà effettuato tramite Rimborso delle spese sostenute ed effettivamente documentate, con eventuale applicazione di uno Scoperto e/o di una Franchigia a carico dell'Assicurato così come indicato nelle Condizioni di Assicurazione e/o in Polizza.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda all'Art. 11 "Oneri in caso di sinistro" e Art. 12 "Prestazione sanitaria di ricovero – Forma Diretta in rete convenzionata".

L'elenco dei centri e dei medici convenzionati insieme alla modulistica è reperibile sul sito del Network incaricato dalla Compagnia.

14. 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
Sito internet:
<http://www.zurich.it/services/segnalazioni-e-reclami.htm>

- o tramite il sito internet della Compagnia 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 relative 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) nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito della Compagnia www.zurich.it. La presentazione del Reclamo ad IVASS può avvenire anche via PEC all'indirizzo 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.

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 - 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.

15. Arbitrato

L'Art. 11 "Controversie" prevede l'apertura della procedura di arbitrato: **In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, ovvero sulla natura e origine della Malattia, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza,** a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici. Il Collegio dei Medici risiede presso nella città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. È data facoltà al Collegio dei Medici di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca successiva, da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

AVVERTENZA:

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

16. Accesso all'Area Clienti Riservata

Sul sito 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 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.

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.

ZURICH INSURANCE PLC
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
Il rappresentante legale
Camillo Candia



Data ultimo aggiornamento: 1 marzo 2018

Glossario

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

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

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

Beneficiario: la persona che "beneficia" della prestazione erogata dall'assicuratore quando si verifica l'evento che ne crea i presupposti. In caso di invalidità permanente il beneficiario è generalmente l'assicurato stesso; in caso di morte dell'assicurato, beneficiari sono generalmente gli eredi legittimi oppure altri soggetti prestabiliti al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo.

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

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

Compagnia: la Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc – Rappresentanza generale per l'Italia.

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

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

Day Hospital: la degenza diurna senza pernottamento in un Istituto di cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.

Evento: l'infortunio o la malattia per cui si chiede il rimborso.

Franchigia: l'importo in cifra fissa che l'Assicurato tiene a suo carico, per il quale la Compagnia non riconosce l'Indennizzo o il Risarcimento.

Frattura ossea: rottura di un osso in genere conseguente a una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (diretta) o a distanza (indiretta); Sono parificate alle fratture ossee, le fratture ossee incomplete (incrinature o infrazioni) e le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Indennizzo / Rimborso: la somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro.

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

Sono equiparati a Infortunio anche:

- a) l'asfissia per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) l'avvelenamento, le intossicazioni e/o lesioni prodotte dall'ingestione involontaria di sostanze in genere;
- c) le morsicature e le punture animali, esclusa la malaria e le malattie tropicali, le ustioni provocate da animali o da vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche) conseguenti a infortuni garantiti a termini di polizza;

- d) l'affogamento;
- e) le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti, le ernie e le rotture sottocutanee dei tendini, (salvo quanto previsto al capitolo "Garanzie aggiuntive" della Sezione uno - Infortuni);
- f) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche e di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- g) gli effetti della temperatura esterna e degli agenti atmosferici, compresa l'azione del fulmine, nonché scariche elettriche e l'improvviso contatto con corrosivi;
- h) quelli sofferti in stato di malore e/o incoscienza;
- i) quelli conseguenti a imperizia, imprudenza o negligenza o dovuti a colpa grave;
- l) gli infortuni 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;
- m) le conseguenze indirette di avvenimenti quali arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto tali da causare, per le condizioni climatiche o per la perdita dell'orientamento, la morte dell'Assicurato o lesioni permanenti gravi.

Invalità Permanente Parziale: diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Invalità Permanente Totale: perdita definitiva e irrimediabile della capacità a un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.

Ingessatura: mezzo di contenzione, inamovibile da parte del paziente, tendente alla immobilizzazione della parte.

Intermediario Assicurativo: la persona fisica o la Società, iscritta nel registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

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

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

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

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

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

Malattie/Invalità coesistenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie/Invalità concorrenti: malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

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

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

Massimale: la somma rimborsabile dalla Compagnia per ogni Sinistro. Quando è specificato in Polizza che il Massimale è prestatato per un periodo di Assicurazione, rappresenta l'obbligazione massima a cui la Compagnia è tenuta per tutti i sinistri verificatisi durante lo stesso periodo di Assicurazione.

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

Network / Rete Convenzionata: la Rete convenzionata dalla Compagnia costituita da Istituti di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da professionisti medici che provvedano all'erogazione della prestazione.

Periodo assicurativo: il periodo di validità dell'Assicurazione.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia quale corrispettivo per l'Assicurazione.

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

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

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

Ricovero: la degenza, che comporti almeno un pernottamento, in Strutture Ospedaliere pubbliche o private regolarmente autorizzate all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

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

Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro.

Scheda Riepilogativa delle Garanzie Assicurate (anche "Scheda Riepilogativa"): documento allegato e facente parte della Polizza attestante, per ciascuna opzione tariffaria acquistata, i Massimali, le Franchigie, le condizioni e le esclusioni applicabili alle prestazioni assicurate.

Scoperto: l'importo che rimane a carico dell'Assicurato e che viene calcolato in percentuale sull'ammontare del Danno liquidabile e dedotto da quest'ultimo.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'Assicurazione.

Tabella Inail: allegato 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 che contiene l'elenco delle lesioni e del relativo grado di invalidità.

Territorio Italiano: il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

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

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

Condizioni di Assicurazione

A norma dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private" si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in **grassetto** che prevedono decadenze, nullità, esclusioni, sospensioni e limitazioni delle garanzie, ovvero oneri ed obblighi a carico del Contraente/Assicurato.

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 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile "Mancato pagamento del premio". 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 modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Articolo 4 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato/Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio mediante raccomandata con ricevuta di ritorno. In tal caso, la Compagnia ha il diritto di recedere, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile "Aggravamento del rischio" dal contratto, oppure di proporre differenti condizioni di assunzione del rischio. **La mancata comunicazione alla Compagnia degli aggravamenti di Rischio può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.**

Articolo 5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio successivo alla comunicazione dell'Assicurato/Contraente ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile "Diminuzione del rischio" e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Articolo 6 - 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, con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo cui la polizza è assegnata. Qualora il Contraente abbia acquistato la Polizza in qualità di "Consumatore" ai sensi dell' art. 3, comma 1, lett. a) D.lgs 206/2005, la Compagnia rimborsa, entro i 15 giorni successivi alla data di efficacia del recesso, la parte di Premio imponibile relativa al Periodo di assicurazione non goduto.

Resta inteso che il recesso o comunque la cessazione della Polizza per qualsiasi causa non avrà impatto sulle prestazioni assicurative in corso per i singoli Assicurati con riferimento al periodo per cui il Contraente abbia già provveduto a liquidare il premio annuo; in tal caso le coperture assicurative di ciascun singolo Assicurato dureranno sino alla loro naturale scadenza come indicata nel relativo certificato di Polizza.

Articolo 7 - Proroga dell'Assicurazione e periodo di assicurazione

Fatta eccezione per le polizze con durata temporanea (ossia di durata inferiore a un anno solare), in mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata A/R spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione si intende prorogata di un anno e così successivamente.

Articolo 8 - Obblighi del Contraente nei confronti degli Assicurati

Il Contraente s'impegna a consegnare a ciascun Assicurato al momento dell'inclusione di ogni persona nella garanzia prestata dal presente Contratto, il Fascicolo Informativo che regola la copertura assicurativa.

Articolo 9 - Oneri fiscali

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

Articolo 10 - 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.

Articolo 11 - Forma delle comunicazioni agli Assicurati / Associati (se la Contraente è una Cassa di Assistenza)

- **Contraenza Azienda:** il Contraente si impegna a consegnare il Fascicolo Informativo agli Assicurati, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, a ottenere dichiarazione di avvenuta consegna della predetta documentazione ed a conservare detta dichiarazione con impegno a trasmetterne copia alla Compagnia, a sua semplice richiesta.
- **Contraenza Cassa di Assistenza:** l'Azienda Associata alla Cassa di Assistenza, si impegna, per conto della Contraente a consegnare il Fascicolo Informativo agli Assistiti, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, a ottenere dichiarazione di avvenuta consegna della predetta documentazione ed a conservare detta dichiarazione con impegno a trasmetterne copia alla Compagnia, a sua semplice richiesta.

Articolo 12 - 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 essa effettuate in virtù del presente contratto.

Articolo 13 - Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato devono dare avviso scritto alla Compagnia e/o all'Intermediario assicurativo dell'esistenza e/o della successiva stipulazione di altre assicurazioni a copertura dello stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile, "Assicurazione presso diversi assicuratori". In caso di Sinistro il Contraente/Assicurato deve dare avviso a tutte le Compagnie assicuratrici interessate, **entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o il Contraente/Assicurato ne ha avuto conoscenza**, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. **L'omissione dolosa da parte del Contraente/Assicurato delle comunicazioni di cui sopra consentirà alla Compagnia di non corrispondere l'Indennizzo.**

Sezione 1 - Infortuni

Cosa e come assicuriamo

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

Le conseguenze degli infortuni che abbiano causato la Morte o l'Invalidità Permanente, subiti:

- a) nell'esercizio dell'attività professionale dichiarata; tuttavia, in caso di Infortunio conseguente all'esercizio di attività professionali diverse da quelle dichiarate all'atto di stipulazione della Polizza e che comportino un aggravamento del rischio (Art. 4), la Compagnia riconosce il 70% dell'indennizzo, a condizione che l'Assicurato o i Beneficiari dimostrino che tali attività non erano svolte all'atto della stipulazione della polizza o dei suoi successivi rinnovi;
- b) nello svolgimento di normali attività del tutto estranee per circostanze di tempo, modo e luogo all'esercizio di qualsiasi professione, arte o mestiere cui l'Assicurato si dedichi abitualmente;
- c) nella guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato sia regolarmente abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- d) nell'uso come passeggero, esclusi i mezzi subacquei, di qualsiasi mezzo di locomozione e trasporto sia pubblico che privato, compresi i viaggi aerei ed elicotteri di linee aeree autorizzate al servizio pubblico, i voli charter o straordinari gestiti da linee aeree autorizzate al servizio pubblico e i voli su aeromobili militari in regolare supporto al traffico civile, nonché i voli su velivoli appartenenti a privati purché condotti da piloti professionisti e con esclusione delle transvolate oceaniche;
- e) in occasione di prestazioni anche manuali attinenti al governo della casa, a lavori di ordinaria manutenzione, a hobby, al giardinaggio e all'orticoltura;
- f) nell'esercizio di giochi o attività sportive e relativi allenamenti a carattere ricreativo, che non comportino l'impiego di veicoli o natanti a motore (salvo quanto previsto all'Art. 14) compresa però la partecipazione a raduni automobilistici, raduni motociclistici e cicloturistici, o a regate veliche;
- g) nell'esercizio di attività sportive e relativi allenamenti a carattere non professionistico, svolte sotto l'egida delle relative federazioni, che non comportino l'impiego di veicolo o natanti a motore.

Garanzie

Articolo 2 - Caso Morte

La Compagnia corrisponde ai Beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato non oltre il quarto grado, in parti uguali, l'Indennizzo:

- a) se, in conseguenza delle lesioni subite a seguito di Infortunio, l'Assicurato muore;
- b) se, a seguito di affogamento o di incidente della circolazione terrestre o navigazione marittima o aerea, il corpo dell'Assicurato non viene più ritrovato e a condizione che siano trascorsi almeno sei mesi dalla presentazione di domanda di morte presunta a termini degli artt. 60 comma 3 e 62 del Codice Civile. Qualora sia stato effettuato il pagamento dell'indennizzo e in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Compagnia ha diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato stesso potrà far valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati, nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma di Polizza.

Articolo 3 - Caso Invalidità Permanente

Se l'Infortunio ha come conseguenza l'Invalidità Permanente, la Compagnia:

- a) **determina** il grado di Invalidità Permanente **sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 ("Tabella INAIL") e successive modifiche;**

b) liquida un indennizzo in percentuale sulla somma assicurata come segue:

- **fino a 1.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 3% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 10%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.**
- **oltre 1.000.000,00 euro e fino a 2.000.000,00 euro l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore o uguale al 10% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 10% ma inferiore al 25%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 10%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 25%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia.**
- **nel caso in cui l'invalidità sia uguale o superiore al 50% questa verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato.**
- **Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, , sport equestri, tuffi e pentathlon moderno l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente.**

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene equiparata alla perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Nei casi non specificati nella Tabella di cui al precedente punto a), il grado d'invalidità si determina secondo la loro gravità comparata a quella dei casi elencati.

Per le menomazioni degli arti superiori in caso di mancinismo, le percentuali d'invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro.

Articolo 4 - Massimo catastofale

Nel caso di evento nel quale rimangano colpiti più Assicurati, il massimo esborso a carico della Compagnia non potrà superare complessivamente la somma di 7.500.000,00 euro che, pertanto, andrà ripartita fra tutti gli Assicurati coinvolti pro quota, fermi i limiti ed i termini stabiliti in Polizza.

Garanzie aggiuntive

(sempre operanti)

Articolo 5 - Ernie traumatiche

A parziale deroga dell'Art. 14, la garanzia è estesa alle ernie traumatiche con l'intesa che:

- a) la garanzia prende effetto, dalle ore 24.00 del 180° giorno seguente al perfezionamento della Polizza e, in caso di nuovo Assicurato, dalle ore 24.00 del 180° giorno successivo alla data di inserimento;**
- b) se in base al parere medico l'ernia non è operabile, verrà riconosciuto un grado di Invalidità Permanente non superiore al 10%;**
- c) in caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 19.**

Articolo 6 - Rottura sottocutanea dei tendini

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 14, relativamente agli esiti di rottura sottocutanea del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale, del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale e della cuffia dei rotatori, la Compagnia liquiderà, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento, una invalidità pari al 4%, **con il massimo di 6.000,00 euro**, senza l'applicazione di franchigia.

Articolo 7 - Ulteriori rimborsi

In caso di Infortunio liquidabile a termini di polizza la Compagnia riconosce un ulteriore indennizzo, **sino a un massimo di 3.000,00 euro per assicurato**, per le spese documentate e sostenute, relativamente a:

- a) trasporto** dal luogo dell' Infortunio all'ospedale o casa di cura, per il pronto soccorso;
- b) rimpatrio** se l'Infortunio è avvenuto all'estero;
- c) azioni di salvataggio o di ricerca** dell'Assicurato stesso;
- d) trasporto della salma** a seguito di decesso avvenuto al di fuori del comune di residenza.

Articolo 8 - Malattie tropicali - Malaria

La garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti, **fino a concorrenza delle somme assicurate e con un massimo indennizzo di 250.000,00 euro**.

La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.

Si conviene che **non si darà luogo a indennizzo per Invalidità Permanente derivante da malattie tropicali quando questa sia di grado inferiore al 15% della totale**; se invece essa risulterà pari o superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto **soltanto per la parte eccedente, senza tener conto della Tabella di cui all'Art. 3**.

La validità di questa garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato si trovi in perfette condizioni di salute e che si sia preventivamente sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi richieste dalle Autorità sanitarie dei Paesi dove si reca. In caso di divergenza sulla diagnosi della malattia la decisione è rimessa al Collegio dei Medici secondo la procedura prevista all'Art. 19.

Articolo 9 - Rischio guerra

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

Articolo 10 - Menomazioni estetiche

Per le persone fino a 50 anni di età, se l'Infortunio ha per conseguenza lesioni al viso che determinino deturpazioni o sfregi permanenti, la Compagnia rimborsa le spese documentate e sostenute per l'intervento chirurgico riparatore, **fino a un massimo di 7.500,00 euro per Assicurato**.

Articolo 11 - Calamità naturali

L'assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da terremoto, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche ovunque nel Mondo.

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni

Articolo 12 - Variazione del Contraente

Se il Contraente è una persona giuridica organizzata in forma di Società di persone, lo stesso Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda. Nel caso di fusione della Società Contraente, il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la Società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il limite di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Compagnia la quale nei trenta

giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Articolo 13 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per gli infortuni avvenuti in ogni Paese del mondo con l'intesa che **gli accertamenti del grado di Invalidità Permanente nonché la liquidazione dei relativi sinistri saranno fatti in Italia e in valuta italiana.**

Articolo 14 - Esclusioni

Salvo quanto previsto all'Art. 1, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni conseguenti:

- a) alla partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività sportiva a livello professionistico o a carattere internazionale o comunque in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
- b) all'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bunging jumping, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, paracadutismo, parapendio e sports aerei in genere (compreso deltaplani e ultra leggeri);
- c) a stato di ubriachezza, secondo i parametri fissati dal Codice della Strada in vigore al momento di verifica del Sinistro, quando l'Assicurato è alla guida di veicoli e natanti a motore;
- d) all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili;
- e) a delitti dolosi dell'Assicurato restando coperti da garanzia gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa.

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- f) gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini (salvo quanto previsto ai precedenti Artt. 5 e 6);
- g) fatti di guerra (salvo quanto previsto al precedente Art. 9);
- h) infortuni occorsi a seguito di trasformazioni, dirette o indirette, 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.).

Articolo 15 - Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

- a) Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S., insulinodipendenza.
Si precisa che, qualora l'Assicurato fosse colpito da tali malattie durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.
- b) Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua di polizza successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 16 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla prima scadenza annua di polizza successiva al compimento di tale limite di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che, in tal caso, saranno restituiti al Contraente al netto delle imposte. Il limite di età di ingresso in polizza è di 65 anni.

In caso di Sinistro

Articolo 17 - Obblighi in caso di sinistro

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.

Articolo 18 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze immediate e dirette dell'Infortunio denunciato.

Se l'Infortunio colpisce una persona che non è fisicamente integra e sana, non è indennizzabile quanto imputabile a - e/o aggravato da - 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.

L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dall'avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

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 diritto:

- 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 alla Sezione "In caso di sinistro – Infortuni / Invalidità permanente da Malattia" agli articoli 17 - Obblighi in caso di Sinistro ,

La Compagnia si impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione.

Articolo 19 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio dei Medici risiede presso la città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

È data facoltà al Collegio dei Medici di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca successiva, da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Articolo 20 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione indicata nell'art. 17 "Obblighi in caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste dalla Compagnia e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia si impegna a provvedere al pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato. Qualora non vi sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio dei Medici, provvederà al pagamento dell'importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente l'Assicurato muore, in conseguenza del medesimo Infortunio, la Compagnia corrisponde alle persone indicate all'Art. 2 la differenza tra l'indennizzo pagato e quello dovuto per il caso Morte ove quest'ultimo sia superiore al primo o non chiede il rimborso nel caso contrario.

Articolo 21 - Rinuncia alla rivalsa

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

Articolo 22 - Responsabilità civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i Beneficiari di cui all'art. 2, o soltanto qualcuno di essi non accettino a completa tacitazione per l'Infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza e avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

Condizioni particolari

1) Esonero denuncia altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Compagnie.

2) Malattie professionali

L'assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (intendendosi come tali quelle indicate nella tabella annessa al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, e successive modifiche intervenute fino alla stipulazione della polizza), **che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e che riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10%; quando la silicosi e l'asbetosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la predetta franchigia si intende non applicabile.**

Resta confermata l'esclusione delle conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

3) Recovery Hope (garanzia sempre operante)

La Compagnia riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite.

L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di Morte, stabilito in Polizza.

La Compagnia verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito), l'indennizzo per Recovery Hope **al verificarsi delle condizioni di seguito definite:**

- 1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;**
- 2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti;**

in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e

- 3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Art. 1) della sezione di polizza denominata "In caso di Sinistro", su tale stato.**

La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.

A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Compagnia null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario nè per Morte, nè per Invalidità Permanente.

Sezione 2 - Invalidità Permanente da Malattia

Articolo 1 - Oggetto dell'assicurazione

La Compagnia assicura un indennizzo per le Invalidità Permanenti conseguenti a Malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto, secondo quanto previsto dalle Condizioni che seguono, e comunque non oltre la data della sua cessazione.

Articolo 2 - 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, o dopo il 90° giorno successivo alla data di inserimento di un nuovo Assicurato.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza della Compagnia, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano: dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste; dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Articolo 3 - Determinazione dell'indennizzo

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia della malattia, secondo i criteri e le percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965, n. 1124 e successive modifiche, con rinuncia da parte della Compagnia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge. La Compagnia liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente:

| Grado di Invalidità accertata | Percentuali da liquidare | Grado di Invalidità accertata | Percentuali da liquidare |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| % | % | % | % |
| dall'1 al 25 | 0 | 46 | 42 |
| 26 | 2 | 47 | 44 |
| 27 | 4 | 48 | 46 |
| 28 | 6 | 49 | 48 |
| 29 | 8 | 50 | 50 |
| 30 | 10 | 51 | 53 |
| 31 | 12 | 52 | 56 |
| 32 | 14 | 53 | 59 |
| 33 | 16 | 54 | 62 |
| 34 | 18 | 55 | 65 |
| 35 | 20 | 56 | 68 |
| 36 | 22 | 57 | 71 |
| 37 | 24 | 58 | 74 |
| 38 | 26 | 59 | 77 |
| 39 | 28 | 60 | 80 |
| 40 | 30 | 61 | 83 |
| 41 | 32 | 62 | 86 |
| 42 | 34 | 63 | 89 |
| 43 | 36 | 64 | 92 |
| 44 | 38 | 65 | 95 |
| 45 | 40 | dal 66 al 100 | 100 |

L'esito della valutazione viene comunicato entro 90 giorni dall'accertamento e comunque dalla avvenuta ricezione di tutta la documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria.

Articolo 4 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'assicurazione nonché per quanto correlabile a condizioni patologiche preesistenti.

A titolo esemplificativo e non esaustivo sono inoltre escluse le conseguenze di:

- a) Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- b) A.I.D.S. conclamata;
- c) malattie tropicali;
- d) intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, ad abuso di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) trasformazioni, dirette o indirette, 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.).

Articolo 5 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla prima scadenza annua di polizza successiva al compimento di tale limite di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che, in tal caso, saranno restituiti al Contraente al netto delle imposte. Il limite di età di ingresso in polizza è di 65 anni.

Articolo 6 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

La denuncia deve essere fatta entro 5 giorni da quando secondo parere medico, ci siano le motivazioni per ritenere che la malattia possa comportare un'invalidità permanente di qualsiasi tipo, anche inferiore alla franchigia. La denuncia deve essere effettuata comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'Assicurazione.

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.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia, agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle cartelle cliniche complete di ogni altra documentazione sanitaria a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Articolo 7 - Criteri di indennizzabilità

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.

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 dall'art. 6 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro**

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'art. 6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro.

La liquidazione viene fatta in Italia e in valuta italiana.

Articolo 8 - Controversie

In caso di divergenza sulla natura e origine della Malattia le Parti si obbligano a conferire mandato, con scrittura privata, di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, e il terzo di comune accordo o, in caso di mancato accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente competenza nel luogo ove debba riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio dei Medici risiede presso la città Sede dell'Istituto di medicina legale più vicina al luogo di residenza dell'Assicurato. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

È data facoltà al Collegio dei Medici di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca successiva, da fissarsi dal Collegio stesso entro un anno. **Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei Medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.**

Articolo 9 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione menzionata all'articolo 6 "Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro", espletate tutte le indagini richieste e verificata la validità delle garanzie, la Compagnia determina l'Indennizzo che risulta dovuto e ne dà comunicazione agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Compagnia si impegna a disporre il pagamento entro 15 giorni da quest'ultima. Qualora non ci sia immediato accordo fra le Parti sull'ammontare dell'Indennizzo, la Compagnia, nell'attesa che questo sia determinato dal Collegio medico, provvede al pagamento dell'importo dalla stessa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio medico.

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

Articolo 10 - Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

Articolo 11 - Recesso in caso di Sinistro – Non applicabilità

Con riferimento alla garanzia di cui alla presente Sezione 2 - Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia, non si Applicherà l'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Recesso in Caso di Sinistro).

Condizioni particolari

(garanzia limitata ad assicurati con età inferiore a 65 anni)

Articolo 11

Indennità malattie gravi

Fermo quanto indicato agli articoli 2 e 4, La Compagnia riconosce il pagamento di un'indennità aggiuntiva, come indicato nell'opzione prescelta, a seguito di diagnosi di una delle seguenti patologie, qui di seguito definite, purché manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto:

a) Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare che produca un danno neurologico di durata superiore alle 24 ore e comprenda:

- infarto del tessuto cerebrale,
- emorragia di vaso intracranico, oppure
- embolizzazione da fonte extracranica

b) Infarto del miocardio

Necrosi di una parte del muscolo cardiaco risultante dall'improvvisa interruzione di un apporto sufficiente di sangue alla regione interessata. La diagnosi viene formulata sulla base di tutti e tre i seguenti criteri:

1. anamnesi di precordialgia tipica,
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche
3. aumento degli enzimi di necrosi miocardica

c) Insufficienza renale irreversibile

Insufficienza renale terminale, dovuta ad insufficienza renale cronica irreversibile di entrambi i reni accertata successivamente alla stipula della polizza. **E' necessaria prova che l'Assicurato si sottoponga a emodialisi regolare o si sia già sottoposto a trapianto renale.**

d) Chirurgia cardiovascolare

Intervento chirurgico a cuore aperto mirato a correggere la stenosi o l'occlusione di due o più coronarie con innesti di porzioni autologhe della vena safena o dell'arteria mammaria interna.

Non sono indennizzabili tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. È necessaria prova angiografica della patologia che ha reso necessario l'intervento.

e) Trapianti d'organi principali

L'inclusione in una lista di attesa ufficiale o l'essersi sottoposto come ricevente al trapianto di:

- uno dei seguenti organi umani: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas; oppure
- midollo osseo umano mediante cellule staminali emopoietiche, preceduto da ablazione totale di midollo osseo. Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo. **Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente necessario e basato sulla conferma di insufficienza d'organo.**

Articolo 12 - Denuncia malattie gravi

In aggiunta a quanto indicato all'articolo 6, qualora all'Assicurato sia diagnosticata una malattia grave (di cui all'articolo 11) il Contraente o l'Assicurato od altra persona in loro vece, **entro 90 giorni da quando ne sia venuto a conoscenza**, deve farne denuncia alla Direzione della Società, a mezzo Raccomandata A.R., e deve inoltre fornire una relazione medica e la documentazione sanitaria comprovante la diagnosi.

Qualora nei 30 giorni successivi alla data diagnosi della malattia grave, si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Società non corrisponderà nessuna somma per la presente indennità di malattia grave.

Articolo 13 - Accertamento e liquidazione della malattia grave

In aggiunta a quanto indicato all'articolo 9 la Società s'impegna ad accertare l'indennizzabilità della malattia grave entro 60 giorni dal ricevimento di tutta la documentazione.

Eseguito il pagamento dell'indennità assicurata per malattia grave, la garanzia si estingue e nulla più è dovuto qualora l'Assicurato sia colpito da altra malattia grave (di cui all'articolo 11).

Articolo 14 - Persone non residenti nel Territorio Italiano - Cessazione delle garanzie

Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua di polizza successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Sezione 3 - Rimborso spese mediche

Cosa assicuriamo

Articolo 1 - Prestazioni

La compagnia assicura, **fino all concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti e le franchigie indicati nella "Scheda Riepilogativa"**, per gli infortuni o le malattie verificatesi nel corso dell'anno assicurativo:

A. Ricovero con o senza Intervento chirurgico effettuato in Istituto di Cura, in Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale effettuato anche in ambulatorio privato, ricovero a seguito di parto naturale o cesareo ed aborto spontaneo o terapeutico:

- per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti indicati nella "Scheda Riepilogativa" e relativi al ricovero stesso;
- per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico, per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento;
- per materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
- per l'assistenza medica ed infermieristica, per le cure e gli accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali, cure omeopatiche e per esami riguardanti il periodo di ricovero;
- per la retta di degenza, fuori Network, indicato nella "Scheda Riepilogativa", senza limite nel Network;
- per il trasporto dell'Assicurato presso gli Istituti di Cura per il ricovero, in Italia ed all'estero, con il limite massimo, per anno e per nucleo, indicato nella "Scheda Riepilogativa";
- per le spese rese necessarie dall'intervento o sostenute dopo la cessazione del ricovero per esami, acquisto di medicinali, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuate nei giorni successivi al ricovero stesso, come indicato nella "Scheda Riepilogativa";
- per vitto e pernottamento in Istituto di Cura o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera di un accompagnatore dell'Assicurato fino alla concorrenza e coi limiti indicati nella "Scheda Riepilogativa";
- per parto naturale o cesareo, aborto spontaneo o terapeutico avvenuto in Istituto di Cura, la garanzia è prestata fino alla concorrenza di quanto indicato nella "Scheda Riepilogativa";
- **Chirurgia refrattiva / correzione miopia**
Sono rimborsate le spese fino alla concorrenza di quanto indicato nella "Scheda Riepilogativa", limitatamente agli interventi effettuati:
 - a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie;
 - b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio;

• **Trapianti**

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la Compagnia rimborsa le spese come sopra descritto.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo dell'organo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

B. Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- Risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- Medicina Nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.)
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)

- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Rettocolonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia
- Esami Istologici
- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- M.O.C. (Mineralometria ossea computerizzata)
- D.O.C. (Densitometria ossea computerizzata)

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

C. Visite specialistiche ed Analisi:

La garanzia si intende estesa a

- onorari medici per visite specialistiche, esclusi quelli per le visite, odontoiatriche ed ortodontiche. Per quanto riguarda le visite pediatriche, a seguito di infortunio o malattia, è inclusa esclusivamente una visita per anno/nucleo;
- assistenza medico - infermieristica a domicilio richiesta dal medico curante, o dal pronto soccorso o guardia medica, con il limite giornaliero di 35,00 euro al giorno con il massimo di 525,00 euro;
- analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici con esclusione di quelli elencati al punto B. Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici;
- agopuntura ed elettroagopuntura se prescritta ed effettuata da medici iscritti all'albo;
- cure termali, con esclusione delle spese di natura alberghiera;

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

D. Terapie oncologiche

Nei casi di malattie neoplastiche, la Compagnia rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente in regime di ricovero o di Day Hospital, sino alla concorrenza di quanto indicato nella "Scheda Riepilogativa".

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

E. Protesi ortopediche e acustiche e oculari

La garanzia si intende estesa all'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici / vocali / oculari, sino alla concorrenza di quanto indicato nella "Scheda Riepilogativa".

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

Altre garanzie

Articolo 2 - Spese per il rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, avvenuto durante il ricovero per evento indennizzabile a termini di polizza, vengono rimborsate le spese per il rimpatrio della salma, **sino alla concorrenza di quanto indicato nella "Scheda Riepilogativa"**.

Articolo 3 - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, o il totale delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, effettuati nei 30 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento e nei 30 giorni successivi la dimissione, non superi 750,00 euro, la Compagnia corrisponde un'indennità di 300,00 euro per ogni giorno di ricovero, con o senza intervento, in Istituto di Cura, **se tutte le spese di cui al capitolo "Cosa Assicuriamo", alla garanzia A) sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.**

Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura, non è computato agli effetti della presente garanzia.

Articolo 4 - Rischio guerra all'estero

A parziale deroga del capitolo "Delimitazioni", la garanzia assicurativa prestata all'estero s'intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici.

Articolo 5 - Eventi naturali all'estero

A parziale deroga del capitolo "Delimitazioni", la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche. **Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalle predette cause che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.**

Articolo 6 - Forma integrativa

La presente assicurazione si intende prestata ad integrazione del Fondo di Categoria (FASI-FASDAC-QUAS, etc.). In caso di non utilizzo delle prestazioni del Fondo di Categoria (FASI-FASDAC-QUAS, etc.), le coperture della presente polizza sono operanti **con uno scoperto del 25%**, quando:

- l'Assicurato, pur potendo richiedere la copertura totale o parziale della prestazione ai suddetti Enti, non si sia rivolto agli Enti suddetti;
- l'Assicurato, pur essendosi rivolto agli Enti suddetti, non abbia ottenuto alcun rimborso.

Per quanto riguarda la liquidazione dell'indennizzo, si rimanda a quanto stabilito al successivo Art. 11, punto A).

Termini di aspettativa

Articolo 7 - Termini di aspettativa

La garanzia decorre:

- a) dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni;
- b) dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie;
- c) dal 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della assicurazione purché dichiarati alla Compagnia all'atto della stipulazione della polizza e salva diversa pattuizione;
- d) dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose e per il parto.

Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione. Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante i medesimi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Delimitazioni

Articolo 8 - Esclusioni

L'assicurazione non é operante per:

- a) le Malattie mentali, malattie psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali;
- b) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- c) gli infortuni conseguenti a delitti dolosi dell'Assicurato, restando operante l'Assicurazione per gli infortuni conseguenti ad atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;
- d) la cura dell'A.I.D.S.;
- e) l'aborto volontario non terapeutico;
- f) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio; salvo se in favore di neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; salvo se conseguente ad intervento chirurgico oncologico);
- g) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dal capitolo "Cosa assicuriamo";
- h) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);
- i) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni, guerre, atti di terrorismo e terremoti (salvo quanto previsto alla voce "Altre garanzie");
- j) gli infortuni derivanti da sports aerei;
- k) il rimborso delle spese per telefono, televisione, servizio di bar, ristorante e simili;
- l) degenze necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente e necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici;
- n) le spese, in genere, non conseguenti ad una alterazione dello stato di salute.

Articolo 9 - Persone non assicurabili - Cessazione delle garanzie

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

Articolo 10 Limite di età' - Cessazione della garanzia

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa alla prima scadenza annua di polizza successiva al compimento di tale limite di età, senza che possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti che, in tal caso, saranno restituiti al Contraente al netto delle imposte. Il limite di età di ingresso in polizza è di 65 anni.

Articolo 10bis - Recesso in caso di Sinistro – Non applicabilità

Con riferimento alla garanzia di cui alla presente Sezione 3 - Rimborso Spese Mediche, non si Applicherà l'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Recesso in Caso di Sinistro).

Liquidazione dell'indennizzo

Articolo 11 - Oneri in caso di sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dalla Contraente/Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Compagnia entro 5 giorni dall'accadimento del Sinistro e comunque non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.**

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Compagnia ed a qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

A) Prestazione indiretta – Rimborso all'Assicurato

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate:

- dalla cartella clinica completa in caso di ricovero;
- da un certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate in caso di intervento ambulatoriale;
- da un referto del pronto soccorso in caso di infortunio.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da un medico, corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno Studio Medico o da Medico Specialista.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato, a cura ultimata, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

B) Prestazione diretta – Pagamento diretto del fornitore della prestazione

La Compagnia, se specificatamente indicato in polizza, effettua il pagamento delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termine di convenzione in regime di assistenza diretta, e cioè con il pagamento da parte dell'Assicurato delle sole franchigie e scoperti nei casi previsti nonché delle prestazioni non garantite dalle convenzioni in corso con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Articolo 12 - Prestazione sanitaria di ricovero – Forma diretta in rete convenzionata

Nella forma diretta, la Compagnia tiene a proprio carico il pagamento di prestazioni mediche **a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione ad Assirecre s.r.l. con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi.** Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Compagnia tiene a proprio carico le spese indennizzabili a termini di Polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dal Gruppo Assirecre con gli Istituti di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. **Restano a carico dell'Assicurato le Franchigie e gli Scoperti eventualmente previsti in Polizza nonché le prestazioni e le spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata dal Gruppo**

Assirecre con gli Istituti di cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata a Assirecre s.r.l. all'atto della richiesta di autorizzazione e tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate.

Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute indennizzabili a termini di Polizza, saranno rimborsate nelle modalità previste all'articolo 11) "Oneri in caso di sinistro" lettera A) – Prestazione indiretta – Rimborso all'Assicurato.

La Compagnia mette a disposizione la Centrale Operativa Sanitaria di Assirecre s.r.l. per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti di cura e medici convenzionati che agli ambiti e alla portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

La Centrale Operativa Sanitaria è accessibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al seguente numero verde:



L'elenco degli Istituti di cura, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati, nonché la relativa modulistica sono disponibili sul sito

www.assirecregroup.com

entrando nella sezione "Assirete" e cliccando su "Rete Convenzionata" o attraverso il link presente sul sito istituzionale della Compagnia

www.zurich.it

(1) il numero verde è raggiungibile da rete fissa. Per chiamare da rete mobile o dall'estero occorre contattare il numero +39 06 44077380; il costo della chiamata resta a carico del chiamante e dipende dal piano tariffario del proprio operatore.

Interruzione Servizio Assirecre s.r.l.

La Compagnia si riserva il diritto di far cessare la convenzione con Assirecre s.r.l. e di sostituire la convenzione medesima con una equivalente stipulata con altra Società. La cessazione della convenzione o la sua sostituzione avrà effetto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione della Compagnia, che sarà comunque effettuata con preavviso minimo di 45 giorni dalla suddetta scadenza. In caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, rimane ferma la validità del contratto per tutte le prestazioni in esso contemplate.

Il Contraente, nel solo caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, avrà comunque la facoltà di recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata A/R al massimo entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo in cui è avvenuta la predetta cessazione. Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Articolo 13 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sul rimborso delle spese sostenute da malattia o da infortunio nonché sulla misura dei rimborsi o sulla liquidabilità delle indennità, le Parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere se e in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti in comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

Riepilogo garanzie e somme assicurate a persona

| OPZIONE A | |
|--|---|
| SEZIONE UNO - INFORTUNI | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| MORTE | € 1.500.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO | € 2.000.000,00 |
| SEZIONE DUE - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | € 700.000,00 |
| INDENNITA' GRAVE MALATTIA | € 25.000,00 |
| SEZIONE TRE - RIMBORSO SPESE MEDICHE | |
| OSPEDALIERE | |
| A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb. Massimale Condizioni | € 500.000,00 |
| Retta degenza pre/post | in rete fuori rete misto fuori rete |
| | rimborso al 100% franchigia € 750,00 v. sopra per parte in / fuori rete € 350,00 120/120 gg. |
| Sub massimali Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico | € 3.000,00 € 5.000,00 |
| Correzione Miopia | Sub massimale € 4.000,00, di cui € 2.000,00 per occhio |
| Accompagnatore | € 80,00 al giorno max 40 gg. |
| Trasporto malato | € 3.000,00 |
| Rimpatrio salma | € 2.000,00 |
| Indennità sostitutiva | € 300,00 al giorno |
| EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica Massimale Condizioni | € 10.000,00 scoperto 20% - minimo € 100,00 |
| C) Visite Specialistiche ed Analisi Massimale Condizioni | € 5.000,00 scoperto 20% - minimo € 80,00 |
| D) Terapie Oncologiche Massimale Condizioni | € 5.000,00 rimborso al 100% |
| E) Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche Massimale Condizioni | € 3.000,00 rimborso al 100% |
| F) Ticket Massimale Condizioni | (vedi relative garanzie) rimborso al 100% |

| OPZIONE B | |
|--|---|
| SEZIONE UNO - INFORTUNI | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| MORTE | € 1.000.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO | € 1.000.000,00 |
| SEZIONE DUE - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | € 500.000,00 |
| INDENNITA' GRAVE MALATTIA | € 15.000,00 |
| SEZIONE TRE - RIMBORSO SPESE MEDICHE | |
| OSPEDALIERE | |
| A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb. Massimale Condizioni | € 500.000,00 |
| Retta degenza pre/post | in rete fuori rete misto fuori rete |
| | rimborso al 100% franchigia € 750,00 v. sopra per parte in / fuori rete € 350,00 120/120 gg. |
| Sub massimali Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico | € 3.000,00 € 5.000,00 |
| Correzione Miopia | Sub massimale € 4.000,00, di cui € 2.000,00 per occhio |
| Accompagnatore | € 80,00 al giorno max 40 gg. |
| Trasporto malato | € 3.000,00 |
| Rimpatrio salma | € 2.000,00 |
| Indennità sostitutiva | € 300,00 al giorno |
| EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica Massimale Condizioni | € 10.000,00 scoperto 20% - minimo € 100,00 |
| C) Visite Specialistiche ed Analisi Massimale Condizioni | € 5.000,00 scoperto 20% - minimo € 80,00 |
| D) Terapie Oncologiche Massimale Condizioni | € 5.000,00 rimborso al 100% |
| E) Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche Massimale Condizioni | € 3.000,00 rimborso al 100% |
| F) Ticket Massimale Condizioni | (vedi relative garanzie) rimborso al 100% |

| OPZIONE C | |
|---|---|
| SEZIONE UNO - INFORTUNI | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| MORTE | € 500.000,00 |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO | € 500.000,00 |
| SEZIONE DUE - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | |
| GARANZIA ASSICURATA | CAPITALE / SOMMA ASSICURATA |
| INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA | € 500.000,00 |
| INDENNITA' GRAVE MALATTIA | € 15.000,00 |
| SEZIONE TRE - RIMBORSO SPESE MEDICHE | |
| OSPEDALIERE | |
| A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital e Int. Amb. Massimale Condizioni Retta degenza pre/post | <p style="text-align: center;">€ 500.000,00</p> <p style="text-align: center;">rimborso al 100% franchigia € 750,00 v. sopra per parte in / fuori rete € 350,00 120/120 gg.</p> |
| Sub massimali Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico | <p style="text-align: center;">€ 3.000,00</p> <p style="text-align: center;">€ 5.000,00</p> |
| Correzione Miopia | Sub massimale € 4.000,00, di cui € 2.000,00 per occhio |
| Accompagnatore | € 80,00 al giorno max 40 gg. |
| Trasporto malato | € 3.000,00 |
| Rimpatrio salma | € 2.000,00 |
| Indennità sostitutiva | € 300,00 al giorno |
| EXTRAOSPEDALIERE | |
| B) Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica Massimale Condizioni | € 10.000,00 scoperto 20% - minimo € 100,00 |
| C) Visite Specialistiche ed Analisi Massimale Condizioni | € 5.000,00 scoperto 20% - minimo € 80,00 |
| D) Terapie Oncologiche Massimale Condizioni | € 5.000,00 rimborso al 100% |
| E) Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche Massimale Condizioni | € 3.000,00 rimborso al 100% |
| F) Ticket Massimale Condizioni | (vedi relative garanzie) rimborso al 100% |

Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

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

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. 1.00066

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

Rappresentante Generale per l'Italia: C. Candia

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

03.2018 - P.2519

