

Assicurazione per la copertura dai rischi morte o invalidità permanente a seguito di infortunio, invalidità permanente a seguito di malattia, rimborso spese mediche, assistenza infortuni

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

Zurich Insurance plc - Rappresentanza Generale per l'Italia

Zurich Tutti Protetti Key man

Data di realizzazione: gennaio 2019 - Ultimo Aggiornamento: aprile 2021

Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



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

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

Zurich Insurance plc – Rappresentanza Generale per l'Italia. Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda - Registro del Commercio di Dublino n. 13460 - Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari – Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 – 20159 Milano – tel. +39.0259661 – Fax +39.0259662603. Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 31.08 al n. I.00066. C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968.

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

Con riferimento al bilancio di esercizio 2019, il patrimonio netto è pari a 2.562 milioni di euro, formato da un capitale sociale di 8 milioni di euro e riserve patrimoniali per 2.554 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 132% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili (EOF Eligible Own Funds) e il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR Solvency Capital Requirement).

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

Di seguito l'ammontare del:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 1.944 milioni di euro
- requisito patrimoniale minimo (MCR): 817 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'SCR: 2.562 milioni di euro
- fondi propri ammissibili alla copertura dell'MCR: 2.453 milioni di euro

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

ESTENSIONI

Garanzia "INFORTUNI"

OPZIONI CHE NON COMPORTANO NÈ LA RIDUZIONE DEL PREMIO, NÈ IL PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Garanzie aggiuntive

- Ernie traumatiche: la garanzia è estesa alle ernie traumatiche.
- Rottura sottocutanea di tendini: 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, Zurich liquiderà, anche in presenza di più lesioni per lo stesso evento, una invalidità pari al 4%.
- Malattie tropicali - Malaria: la garanzia è estesa alle malattie tropicali, intendendosi come tali quelle diagnosticate dai medici curanti. La malaria si intende parificata alle malattie tropicali.
- Rischio guerra: 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.
- 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, Zurich rimborsa le spese documentate e sostenute per l'intervento chirurgico riparatore.
- Calamità naturali: l'assicurazione è estesa agli Infortuni derivanti da terremoto, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche ovunque nel Mondo.

Condizioni particolari	<u>Esonero denuncia altre assicurazioni</u> 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. • <u>Malattie professionali</u>: 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. • <u>Recovery hope</u>: Zurich 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. L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte, stabilito in polizza.
GARANZIA “INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA”	
Condizioni particolari	• <u>Indennità malattie gravi</u>: Indennità malattie gravi: Zurich 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 Indennità malattie gravi: 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. È 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 solo 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. (i) ictus cerebrale; (ii) infarto del mio cardo; (iii) insufficienza renale irreversibile; (iv) chirurgia cardiovascolare; (v) trapianti d'organi principali.
GARANZIA “RIMBORSO SPESE MEDICHE”	
Garanzia ricovero extraospedaliero	• <u>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</u>: (i) per gli accertamenti diagnostici (compresi i relativi onorari medici) effettuati nei giorni precedenti indicati nella “scheda riepilogativa” e relativi al ricovero stesso; (ii) 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; (iii) per materiali di intervento ed apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;

	(iv) 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; (vi) per la retta di degenza, fuori network, indicato nella "scheda riepilogativa", senza limite nel network; (vii) 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"; (viii) 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"; (ix) 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"; (ix) 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". • <u>Chirurgia refrattiva/correzione miopia</u>: sono rimborsate le spese fino alla concorrenza di quanto indicato nella "scheda riepilogativa", limitatamente agli interventi effettuati: (i) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie; (ii) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio. • <u>Trapianti</u>: qualora l'assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, Zurich 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. • <u>Prestazioni specialistiche di Alta Diagnostica</u>: (i) diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.); (ii) risonanza magnetica nucleare; (iii) TAC (con o senza mezzo di contrasto); (iv) medicina Nucleare (scintigrafia, radionefrogramma, ecc.) (v) eco colordoppler (vasi, cuore, ecc.); (vi) elettrocardiogramma sotto sforzo (vii) ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale); (viii) esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Rettocolonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) anche se comprendenti biopsia; (ix) esami Istologici; (x) diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.); (xi) ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli); (xii) elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa; (xiii) elettroencefalografia; (xiv) elettromiografia; (xv) uroflussometria; (xvi) M.O.C. (Mineralometria ossea computerizzata); (xvii) D.O.C. (Densitometria ossea computerizzata). Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga, per le prestazioni sopraindicate, del Servizio Sanitario Nazionale, Zurich rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. • <u>Visite specialistiche ed analisi</u>: la garanzia si intende estesa a: (i) 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; (ii) assistenza medico-infermieristica a domicilio richiesta dal medico curante, o dal pronto soccorso; (iii) guardia medica; (iv) analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici; (v) trattamenti fisioterapici e rieducativi e noleggio apparecchiature per trattamenti fisioterapici; (vi) agopuntura ed elettro agopuntura se prescritta ed effettuata da medici iscritti all'albo; (vii) cure termali, con esclusione delle spese di natura alberghiera. • <u>Terapie oncologiche</u>: nei casi di malattie neoplastiche, Zurich rimborsa le spese sostenute e documentate relative a chemioterapia, cobaltoterapia e terapie radianti, non necessariamente in regime di ricovero o di Day Hospital. Nel caso in cui l'assicurato si avvalga, per le prestazioni sopraindicate, del Servizio Sanitario Nazionale, Zurich rimborsa i ticket sanitari a carico dell'assicurato. • <u>Protesi ortopediche e acustiche e oculari</u>: la garanzia si intende estesa all'acquisto di protesi ortopediche ed apparecchi acustici/vocali/oculari. • Nel caso in cui l'assicurato si avvalga, per le prestazioni sopraindicate, del Servizio Sanitario Nazionale, Zurich rimborsa i ticket sanitari a carico dell'assicurato.
Altre garanzie	• <u>Spese per il rimpatrio della salma</u>: 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. • <u>Rischio guerra all'estero</u>: 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. • <u>Eventi naturali all'estero</u>: la garanzia assicurativa prestata all'estero si intende estesa agli infortuni derivanti da terremoti, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche.

GARANZIA “ASSISTENZA”

OPZIONE CHE COMPORTA IL PAGAMENTO DI UN PREMIO

Assistenza

Il contratto garantisce a seguito di Infortunio le prestazioni da assistenza di seguito elencate: Interprete a disposizione all'estero, Rientro salma, Anticipo spese di prima necessità, Trasporto in autoambulanza per recarsi presso istituto di cura, Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato, Consegna farmaci, Invio di un medico, Invio di un operatore per assistenza sanitaria, Invio di un fisioterapista, Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche, Autista a disposizione per Infortuni lontani dall'abitazione, Autista a disposizione per vita quotidiana, Collegamento continuo con l'Istituto di Cura, Ricongiungimento, Accompagnamento di minori, Spese d'albergo, Rientro dei Familiari, Prolungamento del soggiorno, Trasmissione messaggi urgenti, Viaggio di un Familiare, Soggiorno di un Familiare, “Persona amica” per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani, Invio Taxi, Invio collaboratrice familiare. Care management fornitura di ausili sanitari o ortopedici Invio PET sitter, Traduzione della cartella clinica, Collegamento continuo con l'Istituto di cura, Rientro del convalescente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

GARANZIA “INFORTUNI”

- 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.
- Non è indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da aggravamenti relativi all'Infortunio denunciato, sopraggiunti successivamente alla liquidazione dello stesso.
- Le persone di età superiore ai 75 anni.
- Con riferimento alla garanzia “malattie professionali”: le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

GARANZIA “INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA”

- Le persone di età superiore ai 75 anni.
- Le persone non residenti all'interno del territorio italiano.

GARANZIA “RIMBORSO SPESE MEDICHE”

- Con riferimento alla garanzia “eventi naturali all'estero” sono esclusi gli infortuni derivanti dalle cause indicate nella scheda di polizza che colpiscono l'assicurato nel territorio della Repubblica italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

GARANZIA “ASSISTENZA”

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Invalidità permanente da infortunio

- Zurich liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato n. 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (“Tabella INAIL”) e successive modifiche.

Limiti ulteriori delle garanzie opzionali

- Con riferimento alla garanzia “Spese di cura” sono escluse:
 - le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.
 - Con riferimento alla garanzia “Malattie professionali” sono escluse:
 - le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.
-
- Con riferimento alla garanzia “Ernie traumatiche”: se in base al parere medico l'ernia non è operabile, verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente non superiore al 10%.
 - Con riferimento alla garanzia “Malattie tropicali - Malaria”: 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.
 - La garanzia opera a condizione 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.
 - La garanzia “Recovery hope” opera a condizione che (i) il beneficiario abbia dato comunicazione a Zurich 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; (ii) il beneficiario abbia fornito la comunicazione a Zurich, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma; (iii) il beneficiario abbia fornito a Zurich la documentazione richiesta da questa, nella sezione di polizza denominata “In caso di Sinistro”, su tale stato.

GARANZIA “INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA”

- 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.
 - 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.
 - 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.
 - Zurich liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata, sulla base delle percentuali stabilite nella tabella di cui all'allegato n. 1) del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 (“Tabella INAIL”) e successive modifiche.
-
- Con riferimento alla garanzia “Indennità malattie gravi” sono escluse tutte le procedure non chirurgiche quali l'angioplastica con catetere a palloncino o la risoluzione chirurgica di un'ostruzione con tecniche laser. Qualora nei 30 giorni successivi alla data diagnosi della malattia grave, si verifichi il decesso dell'assicurato, Zurich non corrisponderà nessuna somma.

GARANZIA “RIMBORSO SPESE MEDICHE”

- Zurich 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.
- La garanzia “Indennità sostitutiva” opera a condizione che tutte le spese siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

GARANZIA “ASSISTENZA”

Non vi sono ulteriori informazioni rispetto a quelle fornite nel DIP danni alla voce “Ci sono limiti di copertura?”.

Garanzia “Infortuni – Opzione A”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Infortuni”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Morte	-	1.500.000 euro
	Invalidità permanente da infortunio	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 o uguale 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 o uguale 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. Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente	2.000.000 euro
	Rottura sottocutanea dei tendini	-	6.000 euro
	Malaria	-	500.000 euro
	Menomazioni fisiche	-	7.500 euro per assicurato
Garanzia “Invalidità permanente da malattia – Opzione A”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Invalidità permanente da malattia”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Invalidità permanente da malattia	25%	700.000 euro
	Indennità grave	-	25.000 euro

Garanzia “Rimborso spese mediche – Opzione A”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Rimborso spese mediche - Opzione A”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Visita specialistica ed analisi	-	35,00 euro al giorno e massimo di 525 euro
	Indennità sostitutiva	-	Euro 300 euro
	Forma integrativa	25%	-
	Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb	750 euro 350 euro (se fuori rete)	500.000 euro
	Correzione miopia	-	4.000 euro (2.000 euro per occhio)
	Accompagnatore	-	80 euro al giorno, max 40 giorni
	Trasporto malato	-	3.000 euro
	Parto naturale	-	3.000 euro
	Parto cesareo ed aborto terapeutico	.	5,000 euro
	Rimpatrio salma	-	2.000 euro
	Indennità sostitutiva	-	300 euro al giorno
	Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% - minimo 100 euro	10.000 euro
	Visite specialistiche ed analisi	20% - minimo 80 euro	5.000 euro
	Terapie oncologiche	-	5.000 euro
	Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche	-	3.000 euro
	Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti	-	10.000 euro
Garanzia “Infortuni – Opzione B”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Infortuni”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Morte	-	1.000.000 euro
	Invalità permanente da infortunio	Fino a 1.000.000,00 euro: • l'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'invalità permanente sia di grado inferiore o uguale al 3% dell'invalità permanente totale; • se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore o uguale al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l'invalità sia superiore al 10%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna franchigia;	1.000.000 euro

	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
		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 o uguale 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. Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente	
	Rottura sottocutanea dei tendini		6.000 euro
	Malaria		500.000 euro
	Menomazioni fisiche		7.500 euro per assicurato
Garanzia "Invalidità permanente da malattia – Opzione B"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione "Invalidità permanente da malattia", per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Invalidità permanente da malattia	-	500.000 euro
	Indennità grave	-	15.000 euro
Garanzia "Rimborso spese mediche – Opzione B"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione "Rimborso spese mediche", per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb	750 euro 350 euro (se fuori rete)	500.000 euro
	Indennità sostitutiva	-	300 euro
	Correzione miopia	-	4.000 euro (con 2.000 euro per occhio)
	Accompagnatore	-	80 euro al giorno, max 40 giorni
	Trasporto malato	-	3.000 euro
	Parto naturale	-	3.000 euro
	Parto cesareo ed aborto terapeutico	.	5.000 euro

	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Rimpatrio salma	-	2.000 euro
	Indennità sostitutiva	-	300 euro al giorno
	Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% - minimo 100 euro	10.000 euro
	Visite specialistiche ed analisi	20% - minimo 80 euro	5.000 euro
	Terapie oncologiche	-	5.000 euro
	Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche	-	3.000 euro
	Forma integrativa	25%	-
	Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti	-	10.000 euro
Garanzia "Infortuni – Opzione C"	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione "Infortuni", per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Morte	-	500.000 euro
	Invalidità permanente da infortunio	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 o uguale 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 o uguale 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. Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente	500.000 euro

	<table><tr><th>Garanzia</th><th>Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)</th><th>Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo</th></tr><tr><td>Rottura sottocutanea dei tendini</td><td>-</td><td>6.000 euro</td></tr><tr><td>Malaria</td><td>-</td><td>500.000 euro</td></tr><tr><td>Menomazioni fisiche</td><td>-</td><td>7.500 euro per assicurato</td></tr></table>	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo	Rottura sottocutanea dei tendini	-	6.000 euro	Malaria	-	500.000 euro	Menomazioni fisiche	-	7.500 euro per assicurato																																								
Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo																																																			
Rottura sottocutanea dei tendini	-	6.000 euro																																																			
Malaria	-	500.000 euro																																																			
Menomazioni fisiche	-	7.500 euro per assicurato																																																			
Garanzia “Invalidità permanente da malattia – Opzione C”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Invalidità permanente da malattia”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato: <table><tr><th>Garanzia</th><th>Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)</th><th>Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo</th></tr><tr><td>Invalidità permanente da malattia</td><td>25%</td><td>Euro 500.000</td></tr><tr><td>Indennità grave malattia</td><td>-</td><td>Euro 15.000</td></tr></table>		Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo	Invalidità permanente da malattia	25%	Euro 500.000	Indennità grave malattia	-	Euro 15.000																																										
Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo																																																			
Invalidità permanente da malattia	25%	Euro 500.000																																																			
Indennità grave malattia	-	Euro 15.000																																																			
Garanzia “Rimborso spese mediche – Opzione C”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Rimborso spese mediche”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato: <table><tr><th>Garanzia</th><th>Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)</th><th>Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo</th></tr><tr><td>Visita specialistica ed analisi</td><td>-</td><td>35,00 euro al giorno e massimo di 525 euro</td></tr><tr><td>Indennità sostitutiva</td><td>-</td><td>300 euro</td></tr><tr><td>Forma integrativa</td><td>25%</td><td>-</td></tr><tr><td>Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb</td><td>750 euro 350 euro (se fuori rete)</td><td>500.000 euro</td></tr><tr><td>Correzione miopia</td><td>-</td><td>4.000 euro (con 2.000 euro per occhio)</td></tr><tr><td>Accompagnatore</td><td>-</td><td>80 euro al giorno, max 40 giorni</td></tr><tr><td>Trasporto malato</td><td>-</td><td>3.000 euro</td></tr><tr><td>Parto naturale</td><td>-</td><td>3.000 euro</td></tr><tr><td>Parto cesareo ed aborto terapeutico</td><td>.</td><td>5,000 euro</td></tr><tr><td>Rimpatrio salma</td><td>-</td><td>2.000 euro</td></tr><tr><td>Indennità sostitutiva</td><td>-</td><td>300 euro al giorno</td></tr><tr><td>Prestazioni specialistiche di alta diagnostica</td><td>20% - minimo 100 euro</td><td>10.000 euro</td></tr><tr><td>Visite specialistiche ed analisi</td><td>20% - minimo 80 euro</td><td>5.000 euro</td></tr><tr><td>Terapie oncologiche</td><td>-</td><td>5.000 euro</td></tr><tr><td>Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche</td><td>-</td><td>3.000 euro</td></tr><tr><td>Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti</td><td>-</td><td>10.000 euro</td></tr></table>		Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo	Visita specialistica ed analisi	-	35,00 euro al giorno e massimo di 525 euro	Indennità sostitutiva	-	300 euro	Forma integrativa	25%	-	Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb	750 euro 350 euro (se fuori rete)	500.000 euro	Correzione miopia	-	4.000 euro (con 2.000 euro per occhio)	Accompagnatore	-	80 euro al giorno, max 40 giorni	Trasporto malato	-	3.000 euro	Parto naturale	-	3.000 euro	Parto cesareo ed aborto terapeutico	.	5,000 euro	Rimpatrio salma	-	2.000 euro	Indennità sostitutiva	-	300 euro al giorno	Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% - minimo 100 euro	10.000 euro	Visite specialistiche ed analisi	20% - minimo 80 euro	5.000 euro	Terapie oncologiche	-	5.000 euro	Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche	-	3.000 euro	Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti	-	10.000 euro
Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo																																																			
Visita specialistica ed analisi	-	35,00 euro al giorno e massimo di 525 euro																																																			
Indennità sostitutiva	-	300 euro																																																			
Forma integrativa	25%	-																																																			
Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb	750 euro 350 euro (se fuori rete)	500.000 euro																																																			
Correzione miopia	-	4.000 euro (con 2.000 euro per occhio)																																																			
Accompagnatore	-	80 euro al giorno, max 40 giorni																																																			
Trasporto malato	-	3.000 euro																																																			
Parto naturale	-	3.000 euro																																																			
Parto cesareo ed aborto terapeutico	.	5,000 euro																																																			
Rimpatrio salma	-	2.000 euro																																																			
Indennità sostitutiva	-	300 euro al giorno																																																			
Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% - minimo 100 euro	10.000 euro																																																			
Visite specialistiche ed analisi	20% - minimo 80 euro	5.000 euro																																																			
Terapie oncologiche	-	5.000 euro																																																			
Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche	-	3.000 euro																																																			
Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti	-	10.000 euro																																																			

Garanzia “Infortuni – Opzione D”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Infortuni”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Morte	-	250.000 euro
	Invalidità permanente da infortunio	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 o uguale 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 o uguale 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. Limitatamente al calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, sport equestri, tuffi e pentathlon moderno organizzati sotto l'egida delle relative Federazioni l'assicurazione è prestata con una franchigia assoluta del 5% sul grado d'Invalidità Permanente	250.000 euro
	Rottura sottocutanea dei tendini	-	6.000 euro
	Malaria	-	500.000 euro
	Menomazioni fisiche	-	7.500 euro per assicurato
Garanzia “Invalidità permanente da malattia – Opzione D”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Invalidità permanente da malattia”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:		
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo
	Invalidità permanente da malattia	25%	Euro 250.000
	Indennità grave malattia	-	Euro 10.000

Garanzia “Rimborso spese mediche – Opzione D”	Ove non diversamente concordato, l'assicurazione “Rimborso spese mediche”, per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:			
	Garanzia	Franchigia/Scoperto (per ciascun sinistro)	Limiti di indennizzo specificare sempre se il limite è per sinistro o in aggregato annuo	
	Visita specialistica ed analisi	-	35,00 euro al giorno e massimo di 525 euro	
	Indennità sostitutiva	-	300 euro	
	Forma integrativa	25%	-	
	Ricovero con o senza intervento, Day hospital e Int. Amb	750 euro 350 euro (se fuori rete)	500.000 euro	
	Correzione miopia	-	4.000 euro (con 2.000 euro per occhio)	
	Accompagnatore	-	80 euro al giorno, max 40 giorni	
	Trasporto malato	-	3.000 euro	
	Parto naturale	-	3.000 euro	
	Parto cesareo ed aborto terapeutico	.	5,000 euro	
	Rimpatrio salma	-	2.000 euro	
	Indennità sostitutiva	-	300 euro al giorno	
	Prestazioni specialistiche di alta diagnostica	20% - minimo 100 euro	10.000 euro	
	Visite specialistiche ed analisi	20% - minimo 80 euro	5.000 euro	
	Terapie oncologiche	-	5.000 euro	
	Protesi ortopediche, acustiche e oculistiche	-	3.000 euro	
	Rimborso Spese per Soggetti non Autosufficienti	-	10.000 euro	
Garanzia “Invalidità Permanente da malattia valida per le Opzioni “A - B - C - D”	L'assicurazione prevede le franchigie come di seguito elencato:			
	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

Grado di Invalidità accertata %	Percentuali da liquidare %	Grado di Invalidità accertata %	Percentuali da liquidare %
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

**Garanzia
"Assistenza"**

Ove non diversamente concordato, l'assicurazione "Assistenza", per alcune garanzie, prevede limiti di risarcimento per sinistro e per anno assicurativo, franchigie e scoperti, come di seguito elencato:

Assistenza Infortuni

Di seguito i casi di limitazione:

- Le seguenti prestazioni saranno fornite solo a seguito di Infortunio che comporti un Ricovero di almeno 3 giorni: Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato; Consegna farmaci; Invio di un medico; Invio di un operatore per assistenza sanitaria; Invio di un fisioterapista; Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche; Autista a disposizione per Infortuni lontani dall'abitazione; Autista a disposizione per vita quotidiana; Collegamento continuo con l'Istituto di Cura; Ricongiungimento; Accompagnamento di minori; Spese d'albergo; Rientro dei Familiari; Viaggio di un Familiare; Soggiorno di un Familiare; Persona amica per assistenza a figli minori; portatori di handicap, anziani; Invio Taxi; Invio collaboratrice familiare; Traduzione della cartella clinica; Rientro del convalescente; Prolungamento del soggiorno. Care management; Fornitura di ausili sanitari o ortopedici; Invio PET sitter; trasmissione messaggi urgenti.
- Relativamente alla prestazione 'Trasporto in ambulanza' la Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (per andata/ritorno) con il limite di un sinistro per annualità assicurativa e una prestazione per sinistro.
- Relativamente alla prestazione 'Trasferimento in Istituto di Cura attrezzato' non danno luogo alla prestazione:
 - le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
 - le terapie riabilitative.
- Relativamente alla prestazione 'Rientro dei familiari' la Compagnia terrà a proprio carico le relative spese, fino ad un massimo complessivo di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa.
- Relativamente alla prestazione di 'Rientro salma' la Compagnia terrà a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di 5.000 euro per Sinistro. Sono in ogni caso escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.
- Relativamente alla prestazione 'Invio di un operatore per assistenza sanitaria' la Compagnia terrà a carico il relativo costo fino ad un massimo di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa.
- Relativamente alla prestazione 'Invio collaboratrice familiare' la Compagnia terrà a carico il relativo costo fino ad un massimo di 250 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa.
- Relativamente alle prestazioni 'Autista a disposizione per Infortuni lontani dall'abitazione' la Compagnia tiene a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un Massimale di 500 euro mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.) con il limite di due sinistri per annualità assicurativa.
- Relativamente alla prestazione 'Prolungamento del soggiorno' la Compagnia tiene a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di 100 euro al giorno con il limite di due sinistri per annualità assicurativa.
- Relativamente alla prestazione 'Interprete a disposizione' la Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative con il limite di un sinistro per annualità assicurativa e una prestazione per sinistro.

	- Relativamente alla prestazione 'Anticipo spese di prima necessità' la Compagnia anticipa, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle spese sostenute e documentate da fatture fino ad un importo massimo di 5.000 euro per Sinistro. La prestazione non è operante: • nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa; • se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato; • se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate. Al rientro l'Assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine l'Assicurato è tenuto alla corresponsione della somma anticipata e degli interessi al tasso legale corrente. La Compagnia fornirà la prestazione con il limite di tre sinistri per annualità assicurativa e una prestazione per sinistro. - Relativamente alla prestazione 'Consegna farmaci', restano a carico dell'Assicurato i costi relativi ai medicinali e/o articoli sanitari. - Relativamente alla prestazione 'Invio di un medico', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 350 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Invio di un fisioterapista', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per cure mediche', la Compagnia tiene a proprio carico i costi dell'accompagnatore fino ad un massimo di 4 h per Sinistro ed eventualmente fino ad un Massimale di 100 euro per Sinistro per il servizio di taxi (andata/ritorno) con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Ricongiungimento', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 500 euro per Sinistro. La prestazione è operante fino ai 90 giorni successivi alla data del sinistro e con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Accompagnamento di minori', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 250 euro per Sinistro mentre restano a carico dell'Assicurato le eventuali spese di soggiorno del familiare con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Spese d'albergo', la Compagnia tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino ad un Massimale di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Viaggio di un Familiare', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 250 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Soggiorno di un Familiare', la Compagnia tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino ad un Massimale di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Persona amica per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 250 euro per Sinistro. La prestazione è operante entro i 90 giorni successivi alla data del sinistro e con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Invio taxi', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 3 corse di taxi per Sinistro, con il sottolimito di 50 euro per ciascuna corsa con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Traduzione della cartella clinica', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 500 euro per Sinistro con il limite di due sinistri per annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Rientro del convalescente', la Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un Massimale di 5.000 euro per Sinistro con il limite di un sinistro per annualità assicurativa e una prestazione per sinistro. - Relativamente alla prestazione 'Collegamento continuo con l'istituto di cura' la Compagnia terrà a proprio carico il costo della consulenza telefonica con il limite di tre sinistri per annualità assicurativa e una prestazione per sinistro. - Relativamente alla prestazione 'Autista a disposizione per la vita quotidiana' la Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo di 250 euro per sinistro con il limite di un sinistro per annualità assicurativa.
--	--

	- Relativamente alla prestazione 'Care management' la Compagnia terrà a proprio carico il costo dell'individuazione del professionista con il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa e 1 (una) Prestazione per ciascun Sinistro. - Relativamente alla prestazione 'Fornitura di ausili sanitari o ortopedici' la Prestazione è operante entro i 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di Cura. La Compagnia terrà a proprio carico il costo per ricerca e consegna del materiale fino ad un massimo di 250,00 Euro per Sinistro, entro il limite di 2 (due) Sinistri per Annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Invio del PET sitter' La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione per 5 giorni per un'ora al giorno (continuativa), fino a un massimo € 100,00 per Sinistro, entro il limite di 1 (uno) Sinistro per Annualità assicurativa. - Relativamente alla prestazione 'Trasmissione messaggi urgenti' La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo con il limite di 3 (tre) Sinistri per Annualità assicurativa e 2 (due) Prestazione per Sinistro.
--	---



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro? Denuncia	Denuncia di sinistro - Assicurazione Infortuni Il Contraente o l'Assicurato o gli eredi o gli aventi diritto devono denunciare il sinistro per iscritto all'Intermediario assicurativo di riferimento o alla Zurich entro 5 giorni dall'infortunio o dal momento in cui il Contraente o 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 deve contenere la descrizione dell'infortunio, con indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento e deve avere allegato il certificato medico con prognosi sulla ripresa del lavoro (anche parziale) o delle ordinarie occupazioni. Successivamente occorre documentare il decorso dell'infortunio, sempre con certificati medici, e inviare quello ultimativo di guarigione attestante la stabilizzazione di eventuali postumi invalidanti permanenti. Si deve rilasciare eventuale documentazione di inchieste e/o indagini ufficiali e/o altri procedimenti giudiziari e/o accertamenti di ogni genere in essere e/o conclusi presso le Pubbliche Autorità Competenti sulle circostanze del sinistro. Se la denuncia viene inoltrata con ritardo ingiustificato, Zurich riconosce l'inabilità temporanea dal giorno successivo a detta denuncia, sempre che la stessa sia assicurata. Eventuali prolungamenti di inabilità temporanea devono essere comunicati con tempestività con invio del relativo certificato. In caso di Infortunio che comporti il decesso dell'Assicurato o se detto decesso sopravvenga durante il periodo di cura deve esserne data immediata comunicazione all'Intermediario assicurativo di riferimento o a Zurich unitamente alla documentazione richiamata in polizza. In caso di decesso per cause diverse dall'Infortunio prima di qualsiasi accertamento sull'Invalidità permanente, gli eredi o gli aventi diritto devono provare l'avvenuta stabilizzazione di postumi invalidanti e l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto all'Infortunio mediante la documentazione indicata in polizza. - Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia Il Contraente o l'Assicurato deve denunciare il sinistro per iscritto all'Intermediario assicurativo di riferimento o alla Zurich 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. Comunque, non oltre 1 anno dalla data di cessazione della polizza. Alla denuncia occorre allegare un certificato medico sulla natura dell'infermità. Successivamente bisogna documentare il decorso della malattia con cartelle cliniche (solo in caso di ricovero) e ogni altra documentazione utile per la valutazione dei postumi invalidanti. In caso di decesso per cause indipendenti dalla malattia prima di qualsiasi accertamento da parte di Zurich gli eredi o gli aventi diritto devono provare l'esistenza e la quantificazione dell'invalidità permanente da malattia e l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia.
--	--

	- Assicurazione Rimborso spese mediche Il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro per iscritto all'Intermediario assicurativo di riferimento, alla Zurich entro 5 giorni dal ricovero e comunque non appena ne abbiano la possibilità. Se il Contraente o l'Assicurato intende avvalersi direttamente di uno o più professionisti o degli istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del network di Assirecre s.r.l. deve chiedere autorizzazione a quest'ultima con un preavviso di almeno 3 giorni (salvo casi di emergenza). Il mancato adempimento può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute (Art. 1915 Codice Civile). Se la spese sono rimborsate da Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso. Se esiste documentazione scritta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese e dal tedesco occorre unire una traduzione della stessa, con oneri a carico dell'Assicurato/Contraente. - Assistenza Infortuni Il Contraente o l'Assicurato, ovunque si trovi e in qualsiasi momento, può contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24: - telefonando al numero verde 800-181515 oppure al numero +39015-255.9790: oppure scrivendo attraverso le seguenti modalità: - tramite posta ordinaria, scrivendo a MAPFRE ASISTENCIA S.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI) - tramite posta elettronica scrivendo all'indirizzo mail: assistenza@mapfre.com - tramite fax al numero: +39 015 2559604 In ogni caso dovrà comunicare con precisione: - Il tipo di assistenza di cui necessità. - Il nome e cognome. - Il numero di Polizza - L'indirizzo del luogo in cui si trova. - Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l'Assicurato nel corso dell'assistenza. Inoltre, deve esibire i giustificativi, fatture, ricevute di spese e ogni altra documentazione necessaria alla conclusione dell'assistenza. Assistenza diretta/in convenzione Le sole prestazioni fornite da enti/strutture convenzionate con Zurich sono quelle per l'Assicurazione Rimborso spese mediche. Se il Contraente o l'Assicurato intende avvalersi dell'apposito network di Assirecre S.r.l. deve telefonare alla Centrale Operativa Sanitaria (dalle 8,00 alle 18,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 12,00 il sabato): • al numero verde 800-113640 da rete fissa; • al numero +39 06 44077380 da rete mobile o dall'estero. L'elenco degli istituti di cura, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati, nonché la modulistica si trovano sul sito www.assirecregroup.com o tramite il nostro link www.zurich.it. Gestione da parte di altre imprese La Compagnia per la gestione dei sinistri “Rimborso Spese Mediche” relativi ai ricoveri si avvale di Assirecre s.r.l. La Compagnia per la gestione dei sinistri riguardanti la garanzia “Assistenza” si avvale della collaborazione di Mapfre Asistencia Compania Internacional de Seguros y Reaseguros S.A. (sede in Verrone-BI, Strada Trossi, 66). Prescrizione I diritti derivanti dal contratto di assicurazione (diversi dal diritto al pagamento delle rate di premio) si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Obblighi dell'Impresa	Pagamento del sinistro - Assicurazione Infortuni ed Invalidità Permanente da Malattia Ricevuta la necessaria documentazione, espletate tutte le indagini e verificata la validità delle garanzie, Zurich effettua il pagamento dell'indennizzo entro 15 giorni dalla data di ricevimento della quietanza debitamente sottoscritta dall'Assicurato in caso di infortunio o dall'accettazione dell'indennizzo in caso di malattia. Se vi sia disaccordo fra le parti sull'ammontare dell'indennizzo, si può dar corso ad un Collegio medico. In attesa dell'esito di detto Collegio Zurich effettua il pagamento dell'indennizzo stimato, salvo conguaglio all'esito dello stesso. - Assicurazione Rimborso spese mediche Il rimborso delle spese 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.



Quando e come devo pagare?

Premio	Il contratto prevede periodicità annuale di pagamento del premio con possibilità per il contraente di frazionamento semestrale, senza oneri aggiuntivi. Il premio potrebbe può essere oggetto di sconti qualora il contraente rientri in particolari categorie di soggetti per le quali Zurich applica tariffe agevolate, come il premio applicato per la Forma integrativa.
Rimborso	Zurich rimborsa entro 15 giorni successivi alla data di efficacia del recesso, la parte del premio imponibile relativa la periodo di assicurazione non goduto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	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. <u>Con riferimento alla garanzia "Termini di aspettativa"</u> La garanzia decorre: - dal momento in cui ha effetto l'assicurazione per gli infortuni; - dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie; - 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 a Zurich all'atto della stipulazione della polizza e salva diversa pattuizione; - 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: - dal giorno in cui aveva effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti; - dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, decorsi i termini di aspettativa, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.
Sospensione	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 di Zurich al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile "Mancato pagamento del premio".



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non sono presenti ulteriori informazioni rispetto al DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

È dedicato alle aziende che vogliono garantire alle persone chiave un indennizzo per morte a seguito di infortunio, per invalidità permanente a seguito di infortunio e malattia, nonché il rimborso delle spese mediche sostenute e assistenza infortuni.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 21,86%, calcolato sul premio lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami devono essere inoltrati 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 PEC: reclami@pec.zurich.it È altresì possibile inviare il reclamo tramite il sito www.zurich.it nella sezione dedicata ai Reclami. La Compagnia deve fornire riscontro entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Per i reclami che hanno come oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro di 45 giorni potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.
All'IVASS	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 compagnie di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; - in caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva ad un reclamo indirizzato alla Compagnia. I reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma Fax 06.42133206 Pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it Per la presentazione dei reclami ad IVASS può essere utilizzato il modello presente sul sito dell'Istituto di Vigilanza nella sezione relativa ai Reclami, accessibile anche tramite il link presente sul sito www.zurich.it. Zurich Insurance plc è una società facente parte del Gruppo Zurich Insurance Group Ltd, 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 (Central Bank of Ireland, www.centralbank.ie). Zurich Insurance plc svolge la propria attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia avente sede in via Benigno Crespi 23, 20159, Milano, Italia. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente – individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net – e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia attinente ai contratti assicurativi (ad esclusione delle controversie relative al risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia. La convenzione di negoziazione assistita costituisce condizione di procedibilità per esercitare in giudizio un'azione civile relativa ad una controversia in materia di risarcimento del danno da circolazione di veicoli e natanti oppure ad una domanda di pagamento, a qualsiasi titolo, di somme non eccedenti E 50.000 (salvo che, in relazione a quest'ultimo caso, si tratti di controversie relative a materie già soggette alla mediazione obbligatoria).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'arbitrato, disciplinato dagli artt. 806 e ss. del c.p.c., è attivabile o in virtù di una clausola compromissoria, se prevista all'interno del contratto (nelle condizioni generali), o attraverso la stipulazione del c.d. compromesso, un accordo volto ad attribuire agli arbitri il potere di decidere la controversia.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA. PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.