

Zurich Tutti Protetti Assicurazioni Speciali

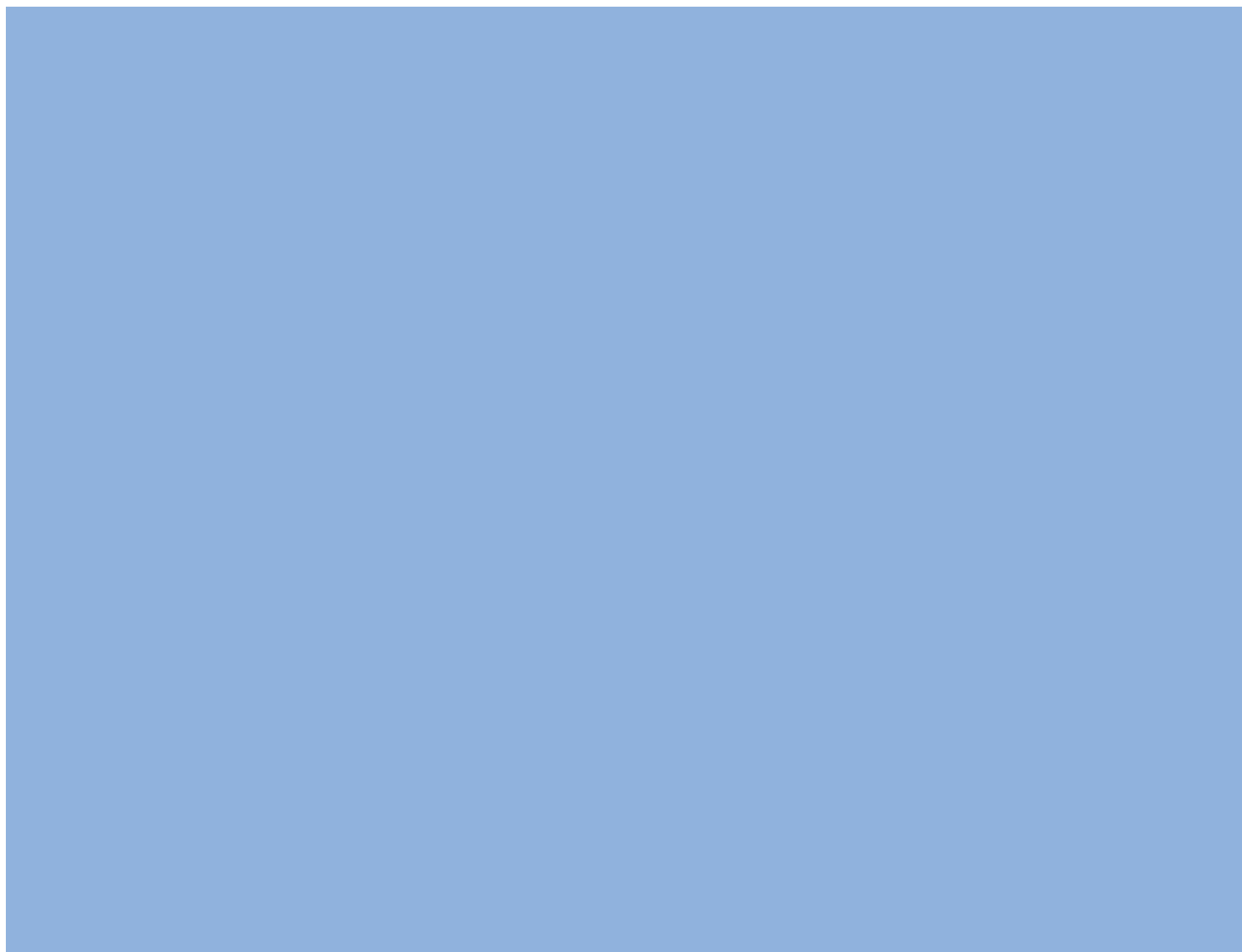
Contratto di Assicurazione Morte ed Invalidità
Permanente derivante da Infortunio.

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

Garanzie

Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

In caso di Sinistro

Capitolo Normativo Associazioni di volontariato

Capitolo Normativo per società sportive
(a livello dilettantistico/amatoriale) e Tornei

Capitolo Normativo Scuole (escluse università)

Capitolo Normativo Rischi speciali

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.Plc@pec.zurich.it
Sito internet: www.zurich.it
Indirizzo e-mail: informazioni@zurich.it

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

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

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto di Zurich Insurance Plc è di 2.346 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:

- Indennizzo in caso di Morte da Infortunio
- Indennizzo in caso di Invalidità Permanente da Infortunio
- Rimborso Spese di cura a seguito di Infortunio
- Diaria giornaliera in caso di ricovero per Infortunio

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 ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo:

"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 12 "Altre assicurazioni";

Sezione "Garanzie"

- Articolo 14 "Caso Morte";
- Articolo 15 "Caso Invalidità Permanente";
- Articolo 16 "Spese di cura";
- Articolo 17 "Diaria da ricovero";

Sezione "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni"

- Articolo 22 "Esclusioni";
- Articolo 23 "Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie";
- Articolo 24 "Limiti di età – Cessazione delle garanzie";

Sezione "In caso di Sinistro"

- Articolo 25 "Obblighi in caso di Sinistro";
- Articolo 26 "Criteri di indennizzabilità";

Sezione “Capitolo Normativo Associazioni di volotariato”

- punto a) Morte;
- punto b) Invalidità Permanente;
- punto c) Diaria da ricovero;
- punto d) Spese di cura;
- punto f) Esclusioni;

Sezione “Capitolo Normativo per società sportive (a livello dilettantistico /amatoriale) e Tornei”

- oggetto dell’assicurazione;
- punto a) Morte;
- punto b) Invalidità Permanente;
- punto c) Diaria da ricovero;
- punto d) Spese di cura;

Sezione “Capitolo Normativo Scuole (escluse università)”

- punto a) Morte;
- punto b) Invalidità Permanente;
- punto c) Spese di cura;

Sezione “Capitolo Normativo Rischi Speciali”

- oggetto dell’assicurazione;
- punto a) Morte;
- punto b) Invalidità Permanente;
- punto c) Diaria da ricovero;
- punto d) Spese di cura;
- punto f) Esclusioni.

AVVERTENZA:

Le Condizioni Generali d’Assicurazione prevedono la presenza di condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell’Indennizzo:

Condizioni generali

- Articolo 2 “Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia”;

Sezione “Norme che regolano l’Assicurazione Infortuni”

- Articolo 20.A “Assicurazione in base alle persone indicate per nominativo”;
- Articolo 20.B “Assicurazione in forma anonima a capitali fissi”;
- Articolo 20.C “Assicurazione in base alle giornate/presenze”;

AVVERTENZA:

Le “Norme che regolano l’Assicurazione Infortuni” prevedono all’Art. 24 “Limiti di età – Cessazione delle garanzie” la presenza del limite di 80 anni quale età massima assicurabile

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al predetto articolo delle Condizioni Generali d’Assicurazione.

AVVERTENZA:

L’Art. 23 “Persone non assicurabili – Cessazione delle garanzie” prevede la non assicurabilità di persone affette da determinate patologie.

Per gli aspetti di dettaglio, si rimanda al predetto articolo delle Condizioni Generali d’Assicurazione.

AVVERTENZA:

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

La garanzia “Caso Invalidità permanente” è assoggettata a regime di Franchigia di cui all’Articolo 15.

La garanzia “Spese di cura” è assoggettata a regime di Scoperto di cui all’Articolo 16.

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

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.

Esempio 1:

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

Esempio 2:

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

Esempio 3:

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

4. Dichiarazione dell’Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio – Nullità

AVVERTENZA:

L’Art. 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.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

AVVERTENZA:

L’Art.4 delle Condizioni di Assicurazione “Aggravamento del rischio” prevede 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 principalmente rivolta a categorie di lavoratori dipendenti 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.

6. 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.

In caso di durata poliennale, al solo contratto con modalità di pagamento ricorrente viene applicato uno sconto, ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in polizza. A fronte di tale sconto, il Contraente non può esercitare la facoltà di recesso dal contratto per i primi cinque anni di durata contrattuale. Qualora la durata del Contratto poliennale sia inferiore o pari a cinque anni il Contraente non ha la possibilità di esercitare il diritto di recesso, a fronte della concessione dello sconto concesso ai sensi dell'art. 1899 c.c., nella misura indicata in Polizza.

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede l'adeguamento delle somme assicurate e il Premio non è indicizzato. Per i meccanismi di regolazione del Premio, si rinvia all'Art. 20 lettere A ,B, C.

8. Diritto di recesso

AVVERTENZA:

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.

9. 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.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è soggetto alla Legge Italiana.

11. 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

12. Sinistri – Liquidazione dell’Indennizzo

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. 25 “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. 28 “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. 27 “Controversie”, provvederà al pagamento dell’importo da essa stimato, salvo eventuale conguaglio successivo alla decisione del suddetto Collegio dei Medici.

13. 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 esauritiva 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.

14. Arbitrato

L'Art. 27 "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.

15. 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



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.

Compagnia: è la Società Assicuratrice ovvero Zurich Insurance Company Plc - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e di altre persone.

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.

Inabilità temporanea: incapacità parziale o totale di attendere, per un periodo più o meno lungo alle ordinarie occupazioni.

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

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente 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;
- 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.

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

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

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

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.

Malattia: ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattie/Invalidità 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/Invalidità 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 organofunzionale.

Malattia mentale: patologia mentale e del comportamento (sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici) che comporta la cessazione dell'assicurazione al loro manifestarsi.

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 prestato 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.

Periodo assicurativo: il periodo di validità dell'Assicurazione; questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

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.

Rischio: la probabilità che si verifichi il Sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Scoperto: percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

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.

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

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

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 "Mancato pagamento del premio" del Codice Civile.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, salvo il caso di contratti di durata inferiore ed **è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. I premi devono essere pagati alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza, autorizzato dalla Compagnia stessa alla esazione dei premi.**

Articolo 3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali 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, le Condizioni di assicurazioni che regolano 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 - Assicurazione stipulata indipendentemente da ogni obbligo di Legge

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

Articolo 12 - 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.**

Articolo 13 - Rinvio alle norme di Legge

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

Garanzie

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

Articolo 14 - 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 15 - 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 in polizza, calcolato come segue:
 - **l'Indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia uguale o inferiore al 3% dell'Invalidità Permanente Totale; se invece risulterà superiore al 3% ma inferiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente il 3%; nel caso in cui l'invalidità sia superiore al 20%, sarà riconosciuto senza l'applicazione di alcuna Franchigia.**

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 a 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 16 - Spese di cura

A seguito di Infortunio certificato da Pronto Soccorso indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e da lui denunciate alla Compagnia entro 180 giorni dall'infortunio per:

- accertamenti diagnostici
- medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni, sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

Relativamente ai soli trattamenti fisioterapici il massimale annuo indicato in polizza si intende ridotto del 50%.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatesi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di assicurazione.

Articolo 17 - Diaria da ricovero

La Compagnia riconosce la diaria assicurata in Polizza **per un periodo non superiore a 30 giorni per Sinistro, con il massimo per più Sinistri di 90 giorni per anno assicurativo.** Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

Articolo 18 - Massimo catastrofale

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.

Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni

Articolo 19 - 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 20 - Regolazione premio

A. Assicurazione in base alle persone indicate per nominativo.

Il Contraente dovrà dare comunicazione scritta delle inclusioni e/o esclusioni delle persone indicate per nominativo alla Compagnia o all'Intermediario Assicurativo al quale è stata assegnata la polizza, a mezzo lettera raccomandata o telefax. In tale comunicazione dovranno essere indicate le generalità dell'Assicurato (nome, cognome, data di nascita, attività professionale ed eventuali eredi designati), nonché la data di inclusione o di esclusione, che in nessun caso potrà essere antecedente a quella risultante dal giorno di spedizione della suddetta comunicazione.

B. Assicurazione in forma anonima a capitali fissi

L'assicurazione vale per le categorie di persone indicate in polizza ed il cui numero è convenzionalmente indicato ai fini del calcolo del premio iniziale.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si fa riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Compagnia di fare accertamenti e controlli.

La copertura decorre dalle ore 24.00 della data di inizio del rapporto indicata nei suddetti libri. Entro novanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia le movimentazioni degli Assicurati, affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione della appendice di regolazione del premio definitivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente. La regolazione delle differenze passive non è prevista. Se il Contraente non effettua nei termini prescritti (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero (ii) il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva. Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono, relativi alla regolazione del Premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione.

La Compagnia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

C. Assicurazione in base alle giornate/presenze

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri della Compagnia che attestino l'effettiva assegnazione della trasferta e che dovranno essere esibiti in qualsiasi momento e a semplice richiesta della Compagnia o dei suoi incaricati.

Entro novanta giorni dalla fine d'ogni anno d'assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Compagnia il numero complessivo delle giornate – presenza degli assicurati affinché la Compagnia stessa possa procedere all'emissione dell'appendice di regolazione del premio definitivo. Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro trenta giorni dalla relativa comunicazione della Compagnia al Contraente. La regolazione delle differenze passive non è prevista.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti (i) la comunicazione dei dati anzidetti necessari all'emissione da parte della Compagnia dell'appendice di regolazione, ovvero (ii) il pagamento della differenza attiva dovuta, la Compagnia può fissargli un ulteriore termine non superiore a quindici giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive, viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione od il pagamento della differenza attiva. Resta comunque inteso che in entrambi i casi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono in caso di Sinistro, liquidabile ai sensi di Polizza, il risarcimento/pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato dalla Compagnia in base alla regola proporzionale di cui all'art. 1907 del Codice Civile. Il risarcimento/Indennizzo dovuto è ridotto, dichiarato in via preventiva e quanto dichiarato/accertato in sede consultiva, salvo il diritto per la Compagnia di agire giudizialmente e/o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto. Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi di cui ai punti (i) e (ii) che precedono, relativi alla regolazione del Premio, la Compagnia, fermo il suo diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i Sinistri accaduti nel periodo cui si riferisce la mancata regolazione. La Compagnia ha il diritto di effettuare in qualsiasi momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente è tenuto a fornire chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Articolo 21 - 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 22 - Esclusioni

Salvo quanto previsto al punto a) "oggetto dell'assicurazione" dei relativi specifici Capitoli Normativi, 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), 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;
- g) infortuni occorsi a seguito di terremoto, inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, insurrezioni;
- h) fatti di guerra;
- i) 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 23 - 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 cessa alla scadenza annuale successiva alla data della diagnosi indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.
- b) Non sono assicurabili le persone non residenti all'interno del Territorio Italiano. In caso di trasferimento della residenza al di fuori del Territorio Italiano durante la validità del contratto, l'assicurazione termina alla prima scadenza annua di polizza e successiva alla data del trasferimento, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti, che in tal caso verranno restituiti al Contraente per il periodo di competenza al netto delle imposte.

Articolo 24 - Limiti di età - Cessazione delle garanzie

Non è assicurabile chi abbia più di 80 anni. Per le persone che nel corso del contratto raggiungano il 80° anno di età, l'assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data di raggiungimento dell'età indicata.

In caso di Sinistro

Articolo 25 - 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 26 - 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" agli articoli 25 - 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 27 - 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 28 - Pagamento dell'indennizzo

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, 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. 14 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 29 - 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.

Capitolo Normativo Associazioni di volontariato

Oggetto dell'assicurazione

Premesso che il Contraente in qualità di Associazione di volontariato legalmente riconosciuta ai sensi della Legge n. 266/1991 esplica attività di:

- CLASSE 1) assistenza domiciliare, accompagnatori
- CLASSE 2) crocerossa
- CLASSE 3) protezione civile

si conviene che, a parziale deroga delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, la garanzia è prestata nei confronti degli Assicurati per:

- gli Infortuni che, in qualità di volontari aderenti alla Associazione contraente, subiscano esclusivamente durante l'esplicazione delle attività sopraindicate;
- il rimborso dell'Indennizzo giornaliero convenuto in caso di ricovero in istituto di cura (pubblico o privato), reso necessario sia da Infortunio che da Malattia contratta per contagio durante l'esplicazione delle attività sopraindicate.

Con riferimento alla presente garanzia non si applicherà l'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione (Recesso in caso di sinistro).

Fermi i limiti previsti in Polizza, sono altresì assicurati gli infortuni subiti nello svolgimento delle attività sottoelencate per conto dell'Associazione contraente:

- partecipazione a corsi di formazione ed aggiornamento, riunioni ed assemblee associative e/o di rappresentanza;
- servizi interni all'Associazione;
- trasferimento dall'abitazione o dal luogo di lavoro al luogo della prestazione dell'attività di volontariato e viceversa - limitatamente ad un'ora prima ed un'ora dopo la presa di servizio - purché effettuato con ordinari mezzi di trasporto (esclusi quelli aerei).

a) Morte

Si richiama quanto indicato all'Articolo 14) "Caso Morte".

b) Invalidità Permanente

Limitatamente ai Volontari Classe 2) "crocerossa"; Classe 3) "protezione civile". L'Art. 15 lettera b) si intende abrogato e così sostituito:

L'indennizzo sulla somma assicurata non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia di grado inferiore al 5%; se invece l'Invalidità Permanente risulterà superiore al 5% , l'indennizzo verrà corrisposto per la parte eccedente.

c) Diaria da ricovero

La Compagnia riconosce la diaria assicurata in Polizza **per un periodo non superiore a 30 giorni per Sinistro, con il massimo per più sinistri di 90 giorni per anno assicurativo**. Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

d) Spese di cura

A seguito di Infortunio certificato da Pronto Soccorso indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e da lui denunciate alla Compagnia entro 180 giorni dall'infortunio per :

- accertamenti diagnostici
- medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni, sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

Relativamente ai soli trattamenti fisioterapici il massimale annuo indicato in polizza si intende ridotto del 50%.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatesi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di assicurazione

e) Esonero denuncia assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovranno essere esibiti in qualsiasi momento e a semplice richiesta della Compagnia o dei suoi incaricati.

f) Esclusioni

Agli effetti dell'assicurazione prestata con la presente polizza si prende atto che, si intendono esclusi gli Infortuni conseguenti all'uso di mezzi aerei.

g) Per quanto non derogato dalle condizioni che precedono di cui al presente Capitolo valgono le Condizioni Generali di Polizza.

Capitolo Normativo per società sportive (a livello dilettantistico/amatoriale) e Tornei

Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è limitata agli Infortuni dai quali gli Assicurati fossero colpiti durante la partecipazione a regolari competizioni agonistiche ed agli allenamenti relativi alla disciplina sportiva riportata nel frontespizio di polizza svolta a livello dilettantistico/amatoriale; l'assicurazione riguarda anche gli eventuali Infortuni occorsi durante l'uso degli ordinari mezzi di locomozione terrestri (non guidati dagli Assicurati) per trasferirsi sui campi di gioco, in quanto però tali mezzi vengano usati dagli Assicurati collettivamente e non isolatamente.

a) Morte

Si richiama quanto indicato all'Articolo 14) "Caso Morte".

b) Invalidità Permanente

Limitatamente alle seguenti attività sportive:

calcio, calcetto, ciclismo, pallacanestro, ginnastica, sport equestri, tuffi, pentathlon moderno, hockey in genere, rugby, sci, l'Art. 15 lettera b) si intende abrogato e così sostituito:

l'indennizzo sulla somma assicurata sarà così liquidato: non sarà riconosciuto quando l'Invalidità Permanente sia uguale o inferiore al 5%; se invece essa risulterà superiore al 5%, l'indennizzo sarà corrisposto per la parte eccedente.

c) Diaria da ricovero

La Compagnia riconosce la diaria assicurata in Polizza **per un periodo non superiore a 30 giorni per sinistro, con il massimo per più sinistri di 90 giorni per anno assicurativo.** Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

d) Spese di cura

A seguito di Infortunio certificato da Pronto Soccorso indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e da lui e denunciate alla Compagnia entro 180 giorni dall'infortunio per :

- accertamenti diagnostici
- medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni, sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

Relativamente ai soli trattamenti fisioterapici il massimale annuo indicato in polizza si intende ridotto del 50%.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatesi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di assicurazione

e) Esonero denuncia assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovranno essere esibiti in qualsiasi momento e a semplice richiesta della Compagnia o dei suoi incaricati.

f) Per quanto non derogato dalle condizioni che precedono di cui al presente Capitolo valgono le Condizioni Generali di Polizza.

Capitolo Normativo Scuole (escluse università)

Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per gli Infortuni che gli alunni ed il personale docente (compresi operatori esterni) e non docente possano subire durante le lezioni od in qualsiasi altro momento della loro permanenza nell'ambito della scuola o mentre, con la scorta di apposito personale trattandosi di alunni, compiono il tragitto per recarsi a scuole distaccate e viceversa, nonché durante il tragitto casa scuola e viceversa (limitatamente ad un'ora prima ed un'ora dopo l'inizio ed il termine delle lezioni), e comunque in occasione di ogni attività scolastica prevista dal programma di studi ovvero dai Decreti Delegati, quali: visite aziendali, settimane bianche, gite in genere, tornei di calcio ed attività sportive promosse dalla scuola, comprese le esercitazioni interne ed esterne degli alunni.

a) Morte

Si richiama quanto indicato all'Articolo 14) "Caso Morte".

b) Invalidità Permanente

Si richiama quanto indicato all'Articolo 15) "Caso Invalidità Permanente".

c) Spese di cura

A seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e da lui denunciate alla Compagnia entro 180 giorni dall'infortunio per:

- accertamenti diagnostici
- medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni, sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

La garanzia di rimborso spese comprende inoltre, **nell'ambito del massimale assicurato**, le seguenti prestazioni **entro il limite di**:

- **1.000,00 euro per protesi dentarie, con il massimo di 250,00 euro per dente con l'intesa che il rimborso della relativa spesa è previsto solo per la prima protesi, sempre che applicata entro un anno dal giorno dell'Infortunio;**
- **300,00 euro per l'acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, reso necessario da un danno oculare che sia la conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio e sempre che la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'Infortunio stesso, con l'esclusione dei soggetti già portatori di lenti.**

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatesi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di assicurazione

d) Altre garanzie

- **La Compagnia riconosce la diaria da ricovero indicata in Polizza fino ad un massimo di 365 giorni per sinistro.** Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'ospedale o dalla casa di cura non viene computato agli effetti della presente garanzia.
- **750,00 euro** per trasporto dal luogo dell'Infortunio all'ospedale o verso case di cura per il pronto soccorso.

e) Esonero denuncia assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli alunni, dei docenti e non docenti. Per la loro identificazione, per il computo del premio di cui ai successivi articoli si farà riferimento ai registri del Contraente, registri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta della Compagnia o dei suoi incaricati.

f) Per quanto non derogato dalle condizioni che precedono di cui al presente Capitolo valgono le Condizioni Generali di Polizza.

Capitolo Normativo Rischi speciali

Oggetto dell'assicurazione

La garanzia è prestata nei confronti degli Assicurati per gli Infortuni che, in qualità di iscritti e/o aderenti all'ente Contraente, subiscano esclusivamente durante l'esplicazione delle attività sotto elencate (a titolo esemplificativo e non esaustivo) e più precisamente:

- corsi di formazione ed aggiornamento, riunioni ed assemblee associative e/o di rappresentanza limitatamente agli infortuni occorsi all'interno dei locali ove si svolgono;
- attività ludico - ricreative culturali all'interno e all'esterno di oratori, sale pubbliche e/o private limitatamente agli infortuni occorsi all'interno dei locali ove si svolgono tali attività;
- viaggi ricreativi e/o culturali limitatamente agli infortuni occorsi durante il viaggio / gita inclusi gli infortuni durante il trasferimento dall'abitazione al luogo di destinazione e viceversa;
- colonie estive / grest / centri estivi limitatamente agli infortuni che dovessero occorrere ai partecipanti alla colonia organizzata dalla Contraente.

a) Morte

Si richiama quanto indicato all'Articolo 14) "Caso Morte".

b) Invalidità Permanente

Si richiama quanto indicato all'Art. 15 "Caso Invalidità Permanente".

c) Diaria da ricovero

La Compagnia riconosce la diaria assicurata in Polizza per un periodo non superiore a 30 giorni per sinistro, con il massimo per più sinistri di 90 giorni per anno assicurativo. Il giorno di dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura non è computato agli effetti della presente garanzia.

d) Spese di cura

A seguito di infortunio certificato da Pronto Soccorso indennizzabile a termini di Polizza la Compagnia rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato e da lui denunciate alla Compagnia entro 180 giorni dall'infortunio per :

- accertamenti diagnostici
- medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie, bagni, forni, sono escluse dal rimborso le spese per l'acquisto degli apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati durante l'intervento.

Relativamente ai soli trattamenti fisioterapici il massimale annuo indicato in polizza si intende ridotto del 50%.

La garanzia è prestata con l'applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di 100,00 euro per ogni Sinistro.

Il massimale indicato in polizza rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatesi nel corso del medesimo periodo assicurativo annuo, o minor periodo di assicurazione

e) Esonero denuncia assicurati

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità degli Assicurati. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri del Contraente che dovranno essere esibiti in qualsiasi momento e a semplice richiesta della Compagnia o dei suoi incaricati.

f) Esclusioni

Agli effetti dell'assicurazione prestata con la presente polizza si prende atto che:

- si intendono esclusi gli infortuni conseguenti all'uso di mezzi aerei.

Per quanto non derogato dalle Condizioni che precedono di cui al presente Capitolo valgono le Condizioni Generali di Polizza.

Data ultimo aggiornamento: 1 marzo 2018

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.2518

